



**CONDICIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS DEL PLAN
INTEGRAL DE SALUD FASMIJ 2015**



**Gobierno
Bolivariano
de Venezuela**

**Ministerio del Poder Popular
para Relaciones Interiores, Justicia y**

INDICE

Capítulo I Disposiciones Generales	5
Artículo 1 Objetivo del Plan	5
Artículo 2 Definición de términos	5
Título II Ingreso al Plan de Salud	8
Artículo 3 Personas Amparadas	8
Artículo 4 Condiciones de Inclusión en el Plan de Salud	8
Artículo 5 Vigencia del beneficiario del Plan de Salud	9
Artículo 6 Terminación del Beneficio del Plan de Salud del Titular	9
Artículo 7 Obligaciones del Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores Justicia y Paz, de sus Órganos y Entes Adscritos	9
Título III Alcance de cobertura	10
Artículo 8 Enfermedades que Ampara el Plan Integral de Salud	11
Artículo 9 Exclusiones Particulares	14
Título IV Beneficios del Plan de Salud	15
Artículo 10 Beneficios del Plan de Salud	15
Capítulo II Formas de Prestación del Servicio de Hospitalización, Cirugía y Maternidad. Título V Carta Aval	15
Artículo 11 Carta Aval	15
Artículo 12 Recaudos para solicitud de Carta Aval	15
Artículo 13 Plazo para la Emisión de Carta Aval	16
Artículo 14 Exoneración de de Responsabilidad por parte de FASMIJ	16
Artículo 15 Motivos de Rechazo de una Carta Aval	17
Título VI Unidad de Emergencias	17
Artículo 16 Unidad de Emergencias	17

Artículo 17 Ingreso de Emergencia	17
Artículo 18 Causas de Rechazo para una Clave de Ingreso	18
Artículo 19 Egreso de Emergencia	18
Título VII Maternidad y Obstetricia	19
Artículo 20 Maternidad y Obstetricia	19
Artículo 21 Exclusiones de Maternidad	19
Capítulo III Atención Médica Primaria y Especializada de Salud	
Título VIII Atención Médica Primaria	20
Artículo 22 Servicio de Asistencia Técnica Primaria	20
Artículo 23 Recaudos para Solicitud de Servicio Atención Médica Primaria (APS)	20
Título IX Servicio Farmacéutico	21
Artículo 24 Servicio Farmacéutico	21
Artículo 25 Recaudos para solicitar una Orden de Servicio Farmacéutico	21
Artículo 26 Exclusiones Farmacéuticas	22
Título X Reembolso de Gastos	22
Artículo 27 Reembolso de Gastos	22
Artículo 28 Recaudos para Solicitar Reembolso de Gastos Médicos	23
Título XI Servicios de Odontología	24
Artículo 29 Servicios de Odontología	24
Artículo 30 Procedimiento para el Servicio de Odontología	24
Artículo 31 Exclusiones Generales de Odontología	24
Título XII Servicio Oftalmológico	25
Artículo 32 Servicio Oftalmológico	25
Artículo 33 Procedimiento para el Servicio Oftalmológico	26
Capítulo IV Servicio funerario	26

Artículo 34 Servicios Generales	27
Artículo 35 Exclusiones Generales	27
Capítulo V Plan de Indemnización de Vida	28
Artículo 36 Procedimiento en caso de solicitud de Indemnización	28
Artículo 37 Exclusiones Generales	29
Capítulo VI Accidentes Personales	30
Artículo 38 Escala de Indemnización	30
Artículo 39 Exclusiones	37

CAPITULO I
DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Título I
DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1

Objetivo del Plan

El plan integral de salud, tiene por objeto brindar protección e indemnizar a titulares y beneficiarios afiliados a la Fundación “FONDO ADMINISTRATIVO DE SALUD PARA EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LAS RELACIONES INTERIORES Y JUSTICIA, DE SUS ÓRGANOS Y ENTES ADSCRITOS (FASMIJ)”, en todos los gastos incurridos por los servicios médicos, hospitalarios, asistenciales, cirugía y maternidad; así como los servicios odontológicos, oftalmológicos y medicamentos de acuerdo a precios justos y razonables regulados por el Estado. Adicionalmente el plan contempla la protección de los titulares y beneficiarios en caso de accidentes personales, la prestación de los servicios funerarios y el pago de una indemnización de vida en los términos establecidos en este plan.

ARTICULO 2

Definición de Términos

Accidente: suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del titular o beneficiario, que le cause lesiones corporales.

Año de Cobertura o Año Plan integral: periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de cada año.

Atención Ambulatoria: atención médica suministrada a un beneficiario cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.

Atención Médica: prestación de servicio de salud realizada por profesionales médicos registrados en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Baremo: tarifa de precios manejada por la Gerencia de Servicio de acuerdo con las leyes vigentes para el momento de la aprobación de estas condiciones generales y específicas.

Beneficiario: persona que tiene el derecho de recibir atención hospitalaria.

Beneficiario de la indemnización de vida: Persona natural designada en la planilla que recibirá la indemnización, beneficio o suma que se establezca en la indemnización de vida.

Carta Aval: documento que garantiza por parte del Fondo la responsabilidad de asumir los gastos médicos generados por una intervención o procedimiento electivo, según baremos establecidos por la Gerencia de Servicio *establecido en la legislación venezolana vigente.*

Costos Razonables: Es el promedio calculado por el Fondo de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquellas donde fue atendido el beneficiario.

Deducible: cantidad indicada que deberá asumir el beneficiario en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por este Plan Integral de Salud.

Devolución: retorno de los documentos a el/la beneficiario/a o proveedor de salud por no cumplir con lo establecido por el Fondo.

Emergencia Médica: condición que compromete la vida o integridad física del titular o beneficiario, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la Institución Hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

Enfermedad: alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.

Institución Hospitalaria: establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas Instituciones Hospitalarias para los efectos de este Fondo, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre

tratamientos similares, centros exclusivo para tratamientos fármacos dependientes, dipsomanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conductas, ningún lugar donde se proporcione tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

Médico: profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en materia de salud o en la Institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta su servicio.

Monto de Cobertura: suma límite para cada beneficiario destinado a los servicios de salud.

Orden de Servicio: documento de compromiso emitido por parte del Fondo para garantizar a los beneficiarios los servicios de: atención médica primaria, farmacia, odontología y oftalmología.

Plan de Salud: conjunto de beneficios que el Fondo garantiza a los trabajadores, trabajadoras y beneficiarios para cubrir las demandas de salud dentro del límite de cobertura.

Recaudos: conjunto de documentos exigidos por la Gerencia de Servicio que avalan los procedimientos médicos y/o quirúrgicos, necesarios para el procesamiento de una solicitud.

Rechazo: es el proceso mediante el cual se devuelven las solicitudes por no reunir los recaudos establecidos por el Fondo.

Reembolso: es el reintegro de los gastos médicos, quirúrgicos, medicamentos generados por una patología.

Titular: trabajador/a, contratado/a a tiempo determinado o indeterminado y Jubilado/a.

Tratamiento Farmacológico: es la previsión responsable del tratamiento, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida de los beneficiarios.

Sector Público de Salud: está compuesto por todas aquellas instituciones que reciben financiamiento de fuentes de origen fiscal o contributivo, cuya capacidad de decisión, en lo que respecta a la prestación de los servicios, está vinculada directamente a las políticas emanadas del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

TITULO II

INGRESO AL PLAN DE SALUD

ARTICULO 3

Personas Amparadas

Están amparados por las coberturas y beneficios de este Plan, todo el personal que se encuentre debidamente registrado en el Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores Justicia y Paz, de sus Órganos y Entes Adscritos y los familiares dependientes, de acuerdo a las especificaciones siguientes:

- **Titular:** sin límite de edad
- **Padres del titular:** sin límite de edad.
- **Cónyuge:** El conyugue del titular o el concubino (a), debidamente demostrado mediante la declaratoria judicial emitida por el tribunal competente o por el procedimiento que se aplique a tal efecto.
- **Hijos solteros del titular:** hijos del titular hasta que hayan cumplido los 25 años de edad, **(es decir, 24 años más 365 días)**, siempre y cuando dependa económicamente del titular y se encuentre estudiando,
- **Hijos en condiciones especiales e incapacidad comprobada:** sin límite de edad y previa consignación de los informes médicos originales correspondientes, que avalen dicho diagnóstico.

ARTICULO 4

Condiciones de inclusión en el Plan de Salud

El Ente hará entrega la Planilla de Inscripción de FASMIJ en un plazo máximo de treinta (30) días continuos al ingreso del funcionario con sus respectivos soportes: fotocopia de la cédula de identidad del titular y de sus beneficiarios, credencial del titular vigente, acta de matrimonio o certificación de concubinato, partida de nacimiento de hijos y padres. La planilla deberá estar debidamente sellada, firmada por el titular y el Ente de Adscripción para su validez. *Todos los documentos a consignar deben estar legibles.*

ARTICULO 5

Vigencia del beneficiario del Plan de Salud

Una vez realizada la inclusión del titular y su carga familiar estará en plena vigencia hasta el 31 de diciembre de cada año y se renovará automáticamente. En el caso de actualización de datos, el titular deberá presentar los recaudos correspondientes al bienestar social del Ente de Adscripción.

ARTICULO 6

Terminación del beneficio del Plan de salud del Titular

1. El titular, desde el momento en que termine su relación laboral o funcional con el Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores, Justicia y Paz, de sus Órganos y Entes de adscripción o cuando se notifique su fallecimiento.
2. Conyugue o concubino: Divorcio o terminación del concubinato.
3. Hijos/as al superar la edad límite establecida por el Fondo.
4. Titular una vez que se notifique el fallecimiento del titular.

Terminación del beneficio del Plan de Salud de los familiares del Titular

1. Divorcio o terminación del concubinato.
2. Hijos/as al superar la edad límite establecida por el Fondo.
3. Una vez que se notifique el fallecimiento del titular.

ARTICULO 7

Obligaciones del Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores Justicia y Paz, de sus Órganos y Entes Adscritos.

El Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores, Justicia y Paz de sus Órganos y Entes Adscritos, a través de la oficina Talento Humano y/o Bienestar Social, son los responsables de inscribir en este Plan a cada trabajador/a y sus familiares dependientes, los cuales deben ser garantes de transmitir la información a sus beneficiarios y los procesos para acceder a este Plan Integral de Salud. Para cumplir esta premisa es obligatorio lo siguiente:

- Entregar la data de manera oportuna y óptimamente, bajo los parámetros establecidos por el FASMIJ debidamente certificada.
- Realizar los pagos en el tiempo y forma convenida.
- Enviar las inclusiones y exclusiones de los titulares y sus respectivas cargas familiares los cinco (5) primeros días de cada mes.
- Los Entes, serán los responsables de controlar la siniestralidad e informar a los titulares sobre los servicios, procesos y documentos que se requieran para acceder al plan amparado por el FASMIJ.
- Las solicitudes de reembolsos y cartas avales deberán ser tramitadas a través del Ente, quienes revisaran y envía los documentos con sus respectivos soportes al Fondo.

TITULO III

ALCANCE DE LA COBERTURA

El Plan Integral de Salud, garantiza cobertura inmediata en caso de emergencias, además el cien por ciento (100%) de los costos razonables de las coberturas para los trabajadores, trabajadoras y sus beneficiarios, por las enfermedades y/o accidentes hasta el límite máximo amparado. Se garantiza la prestación de los servicios en el ámbito Nacional.

Están Cubiertos los gastos generados por tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas (incluyendo tratamientos postoperatorios), servicios hospitalarios, procedimientos médicos, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales médicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del beneficiario amparadas por este Plan Integral de Salud. Queda entendido que:

1. Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos están limitados a un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anestesiólogo. El Fondo reconocerá los honorarios ocasionados por un (1) segundo y un (1) tercer ayudante, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada de acuerdo al baremo y las normativas legales vigentes. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante y el anestesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40%) de los del

cirujano principal, para cada uno. En el caso, de ser necesario la participación de un segundo ayudante, los honorarios serán como máximo el treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal y en el supuesto de un tercer ayudante los honorarios serán como máximo el veinte por ciento (20%).

2. Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad y/o lesión que causa el reclamo del beneficiario y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
3. El material médico quirúrgico y los suministros, serán indemnizados contra prestación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria.

ARTICULO 8

Enfermedades que Ampara el Plan Integral de Salud

1. Tratamientos de Fisioterapias y Rehabilitación, en caso de accidentes y enfermedades amparadas, la cobertura será hasta un máximo de veinte (20) sesiones al año por persona, hasta el límite de la cobertura. Aplicación de plasma rico en plaquetas solo para casos de traumatología.
2. Traumatismos o politraumatismos,(incluyendo la intervención de la columna, cadera y prótesis fijas de ser requerido), hasta el límite máximo de la cobertura.
3. Cobertura para el tratamiento médico de la osteoporosis y medicamentos para el tratamiento de esta afección.
4. Cirugías o tratamientos para enfermedades ortopédicas, hasta por el límite máximo de la cobertura básica.
5. Se cubre la colocación y/o uso de prótesis y equipos justificados, como consecuencia de accidentes o enfermedad cubierto por el Plan Integral de Salud, hasta el máximo de la cobertura suscrita. Incluyendo las prótesis auditivas una (1) cada tres (3) años, siempre y cuando sean de uso permanente.
6. Cobertura para un (01) marcapaso por año, hasta el máximo de la cobertura.

7. Se amparan deformidades auriculares con fines funcionales, hasta el límite máximo de la cobertura.
8. Cirugía plástica y reconstructiva de **Tratamientos Odontológicos** y reposición de piezas dentales (prótesis) a consecuencia de accidentes u enfermedades cubiertas por el Plan Integral de Salud, hasta por el límite máximo de la cobertura.
9. Cobertura para trasplantes de: pulmón, páncreas, riñón, córnea, huesos, piel, hígado, médula ósea autóloga o alogénita, entre otros, para el donante y receptor de órganos amparados por el Plan, hasta el máximo de la cobertura.
10. Tratamientos de Quimioterapias y Radioterapias, hasta el límite máximo de la cobertura.
11. Tratamientos médicos o quirúrgicos para varices y venas varicosas tipo II y III.
12. Tratamientos de Diálisis hasta el límite máximo de la cobertura.
13. Un (1) chequeo anual de ginecología para la mujer (**titular, madre y Cónyuge**). Que incluye una (1) primera consulta, citología, exámenes paraclínicos (mamografía, ecosonograma mamario, ecosonograma transvaginal, exámenes de laboratorio, según sea el caso) y una (1) consulta sucesiva para evaluación de resultados.
14. Cobertura de las enfermedades ginecológicas que requieran de atención médica, intervención quirúrgica o tratamientos médicos, como: endometriosis, fibromas y miomas uterinos, quiste de ovario torcido, absceso tubo-ovárico roto, patologías del cuello uterino y embarazo ectópico.
15. Se amparan tratamientos médicos y quirúrgicos para las enfermedades de las mamas, así como patologías tumorales, mamas supernumerarias, gigantomastia que produzcan problemas ortopédicos y cervicolumbares; hasta por el límite máximo de la cobertura básica, previamente avalada y comprobada medicamente.
16. Un (1) chequeo de urología para el hombre (**Titular, Padre y Cónyuge**).
17. Se otorga cobertura para el manejo de enfermedades de transmisión sexual.
18. Enfermedades dermatológicas, incluyendo desensibilizantes para alergias, antibióticos tópicos u orales.
19. Cobertura para el tratamiento de asma bronquial de cualquier etiología y otras alergias que requieran ser tratadas médicamente.

20. Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en el índice de masa corporal (IMC) superior a 40 kg./m², previo cumplimiento del protocolo de dos (2) evaluaciones de un nutricionista, con una diferencia de al menos de treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de un endocrinólogo; una (1) evaluación de un neumonólogo; una (1) evaluación de un psicólogo, una (1) evaluación de un psiquiatra: una (1) evaluación de un médico internista que incluya un informe de chequeo cardiovascular. Queda entendido que el protocolo debe tener una vigencia no mayor a noventa (90) días. Para titulares y beneficiarios mediante solicitud de carta aval. Cualquier otra evaluación médica o exámenes complementarios requeridos de acuerdo a la clínica del paciente.
21. Cobertura de parasitosis comprobada por examen de heces (helmintos, giardias, amebas, oxiuro, etc.).
22. Se otorga cobertura ante las epidemias decretadas oficialmente y sus tratamientos.
23. Exposición accidental por contacto con tóxicos ambientales para fumigar.
24. Se amparan tratamientos, intervenciones o exámenes para enfermedades críticas como la diabetes y otras enfermedades relacionadas, enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes cerebro vasculares (A.C.V), insuficiencia renal crónica. Incluyendo omega (3) para este tipo de patología.
25. Cobertura para exámenes, tratamientos y vitaminas en caso de enfermedades degenerativas o que sean propias de la tercera edad y referidos por el médico, incluyendo el mal de Parkinson y mal de Alzheimer, previa comprobación de la misma, mediante exámenes que justifiquen la patología, tales como: informes médicos, densitometrías óseas, laboratorios, estudios especializados, etc.
26. Se otorga complejo vitamico B12 para patologías de traumatología y neurología.
27. Cobertura para patologías psiquiátricas (demencias por: Alzheimer, patología vascular, Parkinson, Pick, esquizofrenia, Huntington y SIDA), trastornos mentales debidos a disfunción cerebral, lesión cerebral o enfermedad somática. Retraso mental, trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje; Trastornos generalizados del desarrollo: Autismo y Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger.
28. Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que

sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por el Fondo y el médico tratante lo considere necesario.

29. Alopecia, sus consecuencias y/o complicaciones; siempre y cuando no sea a consecuencia de un tratamiento cosmético así como se cubre las **Medicinas Y Tratamientos Indicados Para La Alopecia**).

30. Enfermedades y tratamientos de disfonías maxilofaciales.

ARTICULO 9

Exclusiones Particulares:

1. Exámenes con fines diagnósticos y/o preventivos.
2. Control de niños sanos, aplicación de vacunas (consultas).
3. Cirugías Plásticas, cosméticas o reconstructivas, no originadas por un proceso maligno del órgano afectado (cáncer) o aquella que no sea debido a una lesión corporal a consecuencia de un accidente amparado por el Plan.
4. Tratamientos por infertilidad /esterilización e impotencia.
5. Tratamientos con anticonceptivos excepto enfermedades de trastornos hormonales.
6. Consultas o tratamientos no autorizados por la Federación Médica Venezolana.
7. Tratamiento para la obesidad.
8. Medicinas sin prescripción facultativa o no relacionadas con la enfermedad.
9. Trastornos orgánicos cerebrales.
10. Dermatología cosmética.
11. Suplementos alimenticios.
12. Servicios de oftalmología, odontología y funerarios (solo será tramitado por el 08000FASMIJ)
13. Cualquier servicio que no se preste dentro de la República Bolivariana de Venezuela.

TITULO IV
BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD

ARTICULO 10

Es el conjunto de servicios que ofrece el Fondo para sus trabajadores/as y su carga familiar, para cubrir las demandas relacionadas con los cuidados de salud dentro los límites de coberturas, entre los que se encuentran: Servicios de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), atención médica primaria (AMP), farmacia, reembolso, servicio odontológico y servicio oftalmológico.

CAPITULO II

**FORMAS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD (HCM)**

Título V

Carta Aval

ARTICULO 11

Es un instrumento que se aplica en caso de tratamientos médicos o cirugías electivas, el cual ampara los estudios con diagnósticos y/o procedimientos quirúrgicos, que se pueden tramitar en forma programada siempre y cuando no se ponga en peligro la condición del paciente, así como, garantiza la institución hospitalaria el cumplimiento de la obligación de pago por parte del FASMIJ.

ARTICULO 12

Recaudos para solicitud de Carta Aval

El Titular o beneficiario deberá presentar ante Bienestar Social del Ente de adscripción, los siguientes recaudos:

- Presupuesto vigente de la clínica sugerida (quince (15) días continuos anteriores a su vencimiento) ajustado al baremo de la Providencia 294 N° Gaceta 40.196 establecido en la legislación venezolana y a las normativas que regulan la materia.
- Informe médico amplio y detallado que especifique diagnóstico procedimiento, conducta o tratamiento, suscrito con firma, nombre y número de

matrícula (MSDS y CM) del médico tratante en sello húmedo. Debe presentarse documento en **ORIGINAL Y SIN ENMENDADURAS**.

- Resultados de laboratorios, estudios y exámenes practicados con sus informes que confirmen el diagnóstico preoperatorio.
- Estos documentos deben tener una vigencia no mayor a treinta (30) días.

Se debe consignar la documentación original ya que no se devolver al beneficiario.

En caso que la Gerencia de Servicio solicite algún recaudo adicional a los inicialmente presentados el beneficiario tendrá un lapso de cinco (5) días continuos, contados a partir de la fecha de solicitud de recaudo, para consignar la documentación, de no hacerlo, la misma se considerara incompleta y no se procesará. La nueva fecha de recepción valida será a partir del momento en que ha sido recibido el requerimiento completo por la Gerencia de Servicio.

En caso de ser necesario el beneficiario podría ser llamado por la Gerencia de Servicio para ser evaluado por la Coordinación Médica o ser solicitada una segunda opinión médica. Las siguientes intervenciones quirúrgicas serán sometidas a segunda opinión médica según sea el caso: cirugía de nariz y senos paranasales, cirugía de mama, cirugía proctológica, cirugías bariátrica, cirugías a nivel del abdomen, cirugías ginecológicas y cualquier otra cirugía que considere el Fondo.

ARTICULO 13

Plazo para la emisión de Carta Aval

La Gerencia de Servicio efectuará la emisión de la carta aval dentro de los 2 días hábiles siguientes a la recepción de los recaudos indicados en el artículo 12, siempre que se cumpla con lo establecido en las leyes que regulan el tema.

ARTICULO 14

Exoneración de responsabilidad por parte de FASMLJ

- Si los recaudos no cumplen con la normativa, se realizará una evaluación más exhaustiva del caso, la cual extenderá el plazo de entrega.
- El Fondo se reserva el derecho de emitir o no la carta aval solicitada de acuerdo a la veracidad de la información suministrada por el beneficiario.

- Si la misma es utilizada para fines distintos a los originales planteados, esta quedará anulada automáticamente, quedando libre de responsabilidad ante el proveedor de salud.

ARTICULO 15

Motivos de rechazo de una carta aval

- Presupuesto incompleto o sin desglose y que no esté a nombre de FASMIJ.
- Informe y exámenes médicos que no corrobore la patología.
- Cobertura agotada.
- Presentación de recaudos extemporáneos.
- Culminación de relación laboral del trabajador con el MPPRIJ.
- Incumplimiento injustificado a la cita médica de segunda opinión pautada por la Gerencia de Servicio.
- Evidencia de información falsa o irregularidades médicas o administrativas.

Título VI

Unidad de Emergencias

ARTICULO 16

El servicio de Unidad de Emergencia 24hrs otorgará clave en los centros de salud y hospitalarios sugeridos en todo el Territorio Nacional.

La atención de este servicio se solicita a través del número 08000-FASMIJ (08000-327645), este servicio está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

WWW.FASMIJ.GOB.VE.

ARTICULO 17

Ingreso de Emergencia

El titular debe acudir con los siguientes documentos:

- Cédula de identidad y credencial,

- En caso de ser beneficiario debe presentar fotocopia de la credencial del titular, fotocopia de cédula de identidad del titular y beneficiario
- En caso de ser menor de edad y no poseer cédula de identidad presentar partida de nacimiento.

ARTICULO 18

Causas de rechazo para una clave de ingreso

- Exclusión del titular ordenada por el Ente.
- Agotamiento de la cobertura.
- Diagnóstico que no califique como emergencia.

ARTICULO 19

Egreso de Emergencia

- Enviar identificación del beneficiario.
- Enviar los soportes médicos (informe médico, indicaciones, presupuesto, desglose del material médico quirúrgico, estudios de laboratorio e imageneología, entres otros).
- Llamar a la Unidad de Emergencia de la Gerencia de Servicio para validar la información enviada.
- La Unidad de Emergencia deberá analizar y ajustar el caso.
- Una vez realizado el análisis y ajustes se procede a emitir el compromiso por la atención por parte de la Clínica.

Titulo VII

Maternidad y Obstetricia

ARTICULO 20

Son los gastos que incurre **exclusivamente para la Titular o la Cónyuge femenina inscrita en el Plan Salud** con estado de gravidez iniciado durante la vigencia del mismo. Parto normal, cesárea, aborto no provocado, aborto terapéutico y legrado uterino. La cobertura de Maternidad estará desprendida de la cobertura de hospitalización y cirugía (HC). A excepción de:

Los gastos de Pre y Postnatal estarán ajustados a lo siguiente: una (1) consulta obstétrica al mes, hasta un máximo de diez (10) consultas, amniocentesis, ecosonogramas, examen de orina, laboratorios, vitaminas o medicamentos indicados durante el embarazo. estos gastos se deducen de la cobertura total de HCM.

El embarazo ectópico se indemnizará por la cobertura de maternidad. En caso de parto múltiple o gemelar se otorgará hasta un máximo del 60% de cobertura del segundo neonato. Este servicio debe ser tramitado por lo mes 15 días antes de la programación del hecho, mediante una Carta Aval acompañado del último ecosonograma con su respectivo informe médico.

Cabe destacar, que **existe una protección inmediata del recién nacido en caso de una emergencia al nacer, esto dependerá de las condiciones contratadas por el Ente**; en tal caso el titular deberá presentar la partida de nacimiento expedida por la autoridad competente en un plazo no mayor a treinta (30) días continuos al nacimiento para formalizar su inclusión al Plan; el cual debe estar acompañado del certificado de nacimiento por la autoridad competente.

ARTICULO 21

Exclusiones Maternidad

- Abortos provocados sin fines terapéuticos.
- Gastos médicos por investigación, por clonación de células humanas o madres.
- Estudios genéticos de verificación de paternidad.

- Gestación desarrollada en otro útero diferente de la beneficiaria.

CAPITULO III

ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DE SALUD

Título VIII

Atención Médica Primaria (APS)

ARTICULO 22

El Servicio de asistencia médica primaria amparará: consultas médicas, laboratorio, servicios de imágenes, rehabilitación, entre otros, los cuales se canalizan a través de los Centros Asistenciales FASMIJP para la emisión de la Orden de Atención Médica Primaria, la cual tendrá una vigencia de quince (15) días continuos a partir de la fecha de la cita médica confirmada.

ARTICULO 23

Recaudos para solicitud de Servicio Atención Médica Primaria (APS):

Los requisitos para solicitar dichas ordenes son:

- Fotocopia cédula de identidad del titular y/o beneficiario afectados.
- Fotocopia de la credencial del titular.
- Informe médico amplio y detallado en caso de especialidades, donde indique el diagnóstico, conducta o tratamiento suscrito con firma, nombre y número de matrícula (MSDS y CM) del médico tratante en sello húmedo. Debe presentarse documento en **ORIGINAL Y SIN ENMENDADURAS**.
- Orden(es) médica(s) para examen de laboratorio y/o estudio, suscrito con firma, nombre y número de matrícula (MSDS y CM) del médico tratante en sello húmedo. Debe presentarse documento en **ORIGINAL Y SIN ENMENDADURAS**, en las condiciones exigidas por la legislación venezolana vigente que regula la materia

Titulo IX

Servicio Farmacéutico

ARTICULO 24

Este servicio se podrá solicitar a través de los Centros Asistenciales, donde los titulares y/o beneficiarios deberán presentar los recaudos exigidos por el Fondo. Una vez que los recaudos apliquen a esta solicitud se le entregará una orden de servicio farmacéutico la cual tendrá una validez de cinco (5) días continuos para el retiro de los medicamentos en las farmacias autorizadas por el Fondo y se otorgará un máximo de tres (3) órdenes al mes por beneficiario.

ARTICULO 25

Recaudos para solicitar una Orden de Servicio Farmacéutico:

- Fotocopia cédula de identidad del titular y del beneficiario afectado.
- Fotocopia de la credencial del titular.
- Partida de nacimiento en caso de que el beneficiario sea menor de edad, que no posea cédula de identidad.
- Retiro de medicinas por un tercero: deberá presentar autorización firmada por el Titular con fotocopia de cedula de identidad del titular y de la persona que retirará los medicamentos.
- Original y copia del informe(es) médico(s), récipe (s) especificado con los principios activos y tratamiento suscrito con firma, nombre y número de matrícula (MSDS y CM) del médico especialista con sello húmedo SIN ENMENDADURAS cumpliendo con los requisitos de la Ley y con una vigencia no más de cinco (5) días.
- **En caso que sea un diagnóstico crónico** se suministrará el tratamiento por tres (3) meses.
- **En caso que sea un diagnóstico agudo** los informes médicos y récipes tendrán una vigencia de 7 días continuos y se suministrará el tratamiento por los días indicados en el informe médico.

ARTICULO 26

Exclusiones farmacéuticas

No se emitirán órdenes de servicio farmacéutico para:

- Cremas dermatológicas sin composición antibiótica.
- Medicamentos para la alopecia.
- Vitaminas.
- Tratamientos para difusión eréctil y eyaculación precoz.
- Materiales médicos (gasas, inyectoras, algodón, alcohol, agujas, compresas, parches, etc.).
- Tensiómetros, termómetros y prótesis.
- Lubricantes.
- Rodilleras, medias de descanso, muñequeras, tobilleras e inmovilizadores.
- Productos de higiene personal.
- Medicamentos psiquiátricos que no esté avalados por un informe médico realizado por el médico especialista respectivamente sellado y firmado.
- Medicamentos que no estén relacionados con el diagnóstico.

Titulo X

Reembolso de Gastos

ARTICULO 27

El titular y/o beneficiarios podrán gestionar el pago por reembolso de gastos por consultas médicas, laboratorios, estudios, exámenes médicos, hospitalización con o sin cirugía, servicios ambulatorios, pagos a proveedores, honorarios profesionales, farmacia, de los gastos razonables amparados por el Plan de Salud hasta por el límite establecido por este Plan, siempre y cuando las facturas estén bajo normativa legal y sus respectivos soportes sean entregadas en el Fondo a través del Ente de adscripción en un plazo no mayor

al cierre del ejercicio fiscal, contados a partir de la fecha del gasto y bajo las condiciones exigidas por la legislación venezolana vigente que regula la materia.

ARTICULO 28

Recaudos para solicitar Reembolso de Gastos Médicos

El titular deberá entregar la Planilla de Solicitud de Servicios junto a los siguientes recaudos:

- Informe médico amplio y detallado que especifique diagnóstico conducta y/o tratamiento. Resultados de laboratorios, estudios y exámenes practicados. Récepas especificando principios activos e indicaciones. Suscrito con firma, nombre y número de matrícula (MSDS y CM) del médico tratante, en sello húmedo y SIN ENMENDADURAS. Facturas por gastos y tratamiento (a nombre del beneficiario afectado),
- En caso de hospitalización, cirugía, maternidad y emergencias canceladas deberán presenta la factura, informe médico amplio y detallado pre y post operatorio del siniestro, con el detalle de los gastos de medicamentos e insumos aplicados al afectado y cualquier otra documentación que sustente el siniestro, en las condiciones y términos antes señalados.
- En caso que la Gerencia de Servicio solicite algún recaudo adicional a los inicialmente presentados el beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de solicitud de recaudo, para consignar la documentación, de no hacerlo, la misma se considerará incompleta y no se liquidará. La nueva fecha de recepción valida será a partir del momento en que ha sido recibido el requerimiento completo por la Gerencia de Servicio.
- En caso de reembolso de medicamentos crónicos el informe médico deberá tener una vigencia de seis (6) meses.
- En caso de reembolso de medicamentos agudos el informe médico deberá tener una vigencia de siete (7) días.

Titulo XI

Servicio de Odontología

ARTICULO 29

Los servicios odontológicos cubiertos por este Plan están descritos, por área de atención y tratamiento odontológico y restringido únicamente a:

- Diagnóstico: examen e historia clínica y plan de tratamiento.
- Periodoncia: tartrectomía simple y profilaxis.
- Prevención: aplicación tópica de flúor.
- Sellantes de fosas y fisuras.
- Emergencias: endodónticas, protésicas y periodontales.
- Restauraciones: amalgamas.
- Exodoncias: extracciones simples y quirúrgicas.
- Endodoncias monorradiculares y multirradiculares.

ARTICULO 30

Procedimiento para el Servicio de Odontología:

- La atención de este servicio se solicita a través del número **0800-FASMLJ (0800-327645)**.
- El beneficiario deberá asistir a la cita con la fotocopia de la cédula de identidad del titular y/o beneficiario, fotocopia de la credencial del titular.
- Se otorgará un máximo de tres (3) consultas al año por beneficiario.

ARTICULO 31

Exclusiones Generales de odontología:

Quedan excluidos del alcance del plan los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- Tratamientos no contemplados específicamente en la cobertura de servicios.

- Anestesia general o sedación en adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a las coberturas, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- Ortodoncia.
- Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- Servicios odontológicos recibidos, fuera de la República Bolivariana de Venezuela

Se excluirán automáticamente aquellos hijos, que hayan contraído matrimonio, cambiado de dependencia económica o fallecida, o sean mayores a veinticinco (25) años, salvo lo indicado en los párrafos anteriores.

Título XII

Servicio Oftalmológico

ARTICULO 32

Los servicios oftalmológicos cubiertos por este Plan son:

- Examen e historia clínica.
- Examen auto refracto computarizado.
- Estudio de agudeza visual.
- Balance de movimientos oculares.
- Discriminación de colores.
- Toma de presión intraocular.
- Biomicroscopía.
- Gonioscopia.
- Fondo de ojo.

De igual manera, quedarán cubiertos los vicios de refracción por métodos quirúrgicos cuando supere los 3.5 grados de Dioptría (ambos ojos) necesarios para corregir defectos de refracción visual, tales como: miopía, presbicia, hipermetropía, astigmatismo, queratoplastias, queratotomía radial y queratomileusis, tanto al Titular como a sus beneficiarios, así como tendrán cobertura para la adquisición de lente intraocular bifocal y multifocal y corrección quirúrgica del estrabismo.

ARTICULO 33

Procedimiento para el Servicio Oftalmológico:

- La atención de este servicio se solicita a través del número **08000-FASMIJ (08000-327645)**.
- El beneficiario deberá asistir a la cita con la fotocopia de la cédula de identidad del titular y/o beneficiario, fotocopia de la credencial del titular.
- Se otorgará un máximo de tres (3) consultas al año por beneficiario.

CAPITULO IV SERVICIO

FUNERARIO

El objetivo de este Plan es amparar al momento del fallecimiento del titular y/o beneficiario, en este caso los familiares deberán comunicarse con el **08000 FASMIJ** o el **0212.5615113** para la activación de la clave funeraria donde se le solicitaran los siguientes datos: nombre, apellido, cédula de identidad del fallecido titular y/o beneficiario, lugar y causa del fallecimiento. De esta manera se le dará cobertura inmediata a través de la red proveedores convenida a nivel Nacional.

La cobertura se prestará bajo la modalidad de servicio al momento del fallecimiento, **por tal motivo no proceden los reembolsos de gastos efectuados por el titular y/o beneficiarios**. Los gastos y servicios amparados son:

- Funerarias a Nivel Nacional.
- Traslados a Nivel Nacional.
- Traslado desde el lugar de fallecimiento a la capilla velatoria.
- Preparación regular o especial del fallecido.
- Cofre de metal tipo C- 4 Angelical, Catedral ó Yérsy.
- Servicio de cafetería.
- Oficios religiosos.
- Una (1) habitación privada de descanso para los familiares.

- Una (1) carroza fúnebre para el sepelio con dos (2) vehículos de acompañamiento para los familiares desde la capilla velatoria hasta el cementerio.

ARTICULO 34

Servicios Generales

- Asistencia personalizada con nuestro personal calificado.
- Servicio de inhumación y de cremación (con velación) y cofre para las cenizas (cuando no existan limitaciones legales).
- Una cruz o corona de flores naturales.

Parcela

- Lápida sencilla.
- Parcela en Cementerio Municipal de la localidad, a nombre del Titular o Familiar autorizado.

ARTICULO 35

Exclusiones Generales

- Hijos mayores a 25 años de edad.
- Los titulares y/o beneficiarios no incluidos en este Plan para el momento del fallecimiento.
- No se reembolsará el servicio funerario.

CAPITULO V

PLAN DE INDEMNIZACION DE VIDA

El objetivo de este Plan es indemnizar a los beneficiarios del trabajador o trabajadora fallecidos dentro del periodo de vigencia de este Plan, y la indemnización sobrevenga por una causa no establecida en las Exclusiones Generales.

Esta cobertura aplicará ÚNICAMENTE para el personal activo, contratado, jubilado y pensionado; trabajador o trabajadora del Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz, de sus Órganos y Entes Adscritos, debidamente avalado por el Ente, suscrito con la planilla de inscripción del FASMIJ y los procesos relacionados.

Son los beneficiarios en caso de fallecimiento del funcionario los designados por el titular en la “Planilla de Inscripción del FASMIJ” debidamente avalada por el Ente y bajo los porcentajes indicados en esta; en su defecto se aplicarán las disposiciones legales en materia sucesoral. La notificación del fallecimiento por parte del beneficiario debe realizarse en un plazo no mayor a treinta (30) días continuos al fallecimiento del titular. De lo contrario no será tramitada la debida indemnización.

ARTICULO 36

Procedimiento en caso de solicitud de indemnización

El Ente deberá consignar ante el Fondo los recaudos para la solicitud en un plazo no mayor a noventa (90) días continuos contados a partir del fallecimiento del titular, a continuación se indican los recaudos:

- Fotocopia certificada de la planilla de suscripción FASMIJ, la cual deberá reposar una copia en los archivos del FASMIJ), debidamente firmada por el trabajador fallecido y por el área de bienestar social del ente de adscripción con su respectiva rubrica y sello húmedo de la Gerencia autorizada del área, en la misma debe indicar los beneficiarios el porcentaje de participación en las cuota parte de la indemnización; de igual manera se debe consignar.
- Copia Certificada del acta de defunción.
- Original y/o copia certificada del documento del beneficiarios solo cuando el titular no hubiere declarado beneficiarios.

- Copia certificada de la declaración de únicos universales herederos. cuando el titular no posea planilla de inscripción del Fasmij o en su defecto no hubiere declarado beneficiarios en la misma.
- Si los beneficiarios son niños, niñas o adolescentes, deberán presentar autorización del Juez de Protección de Niños, Niñas y del Adolescente o de Primera Instancia en lo Civil, nombrando a la persona que deberá retirar la prestación correspondiente.

A fin de determinar su responsabilidad o cuánto y a quienes indemnizar (la única manera de determinar el porcentaje e indemnizados es con la planilla de declaración de única de universales herederos) el fondo podrá requerir por escrito documentos adicionales a los arriba previstos, los beneficiarios están obligados en notificar el evento dentro **noventa (90) días** luego del evento, luego tendrá **doscientos(200) días** continuos a la fecha en que haya notificado, para consignar los documentos faltantes de ser el caso salvo causas extrañas no imputable al beneficiario.

ARTICULO 37

Exclusiones Generales

- Los titulares y/o beneficiarios no incluidos en este Plan para el momento del fallecimiento.

CAPITULO VI

ACCIDENTES PERSONALES

Si a consecuencia de un accidente sufrido por el titular y amparado por este Plan le sobreviene dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del mismo, cualquiera de las invalideces enumeradas en la escala de indemnización, el FASMIJ pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala a la suma límite del Plan que corresponda a esta cobertura para el momento de la ocurrencia del accidente.

El Plan de Indemnización en caso de accidentes personales indemnizará las consecuencias de los daños corporales sufridos únicamente por el titular durante la vigencia del Plan, entendiéndose por accidentes a los efectos de este documento, toda lesión sufrida por el titular, directa o indirectamente, por acción violenta y fortuita de un agente e independiente de la voluntad del trabajador o trabajadora. Este Plan ampara los casos en que el trabajador o trabajadora sufra, a consecuencia de un accidente, alguna lesión, incapacidad total o permanente o disminución de sus facultades, pérdida o separación física de las extremidades o de alguna parte de ellas, para lo cual el FASMIJ pagará al trabajador (a) el monto establecido para tal fin de acuerdo a la escala de indemnización que a continuación se presenta:

ARTICULO 38

Escala de Indemnización

Invalidez Total y Permanente

Accidentes Personales	Porcentaje de Indemnización
Parálisis Completa.	100%
Enajenación Mental, absoluta e incurable o pérdida de la conciencia.	100%
Ceguera absoluta bilateral.	100%
Sordera total bilateral	100%

Pérdida Total de la audición y el habla.	100%
Lesiones incurables de la médula espinal que impidan por completo el movimiento	100%
Pérdida completa o impotencia funcional absoluta y permanente de dos miembros superiores o inferiores, o uno superior y uno inferior, entendiéndose por tales inclusive las manos o pies.	100%

Invalidez Parcial y/o Permanente por Amputación

Accidentes Personales	Porcentaje de Indemnización
Pérdida Total del movimiento de la cadera	70%
Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un siempre y cuando éste sea incorregible.	50%
Un ojo con enucleación	75%
Un ojo sin enucleación	55%
Reducción de la visión de ambos ojos en más de un 50%	40%
Sordera total unilateral	45%
Pérdida total de una oreja	35%
Pérdida total de las dos orejas	25%
Pérdida total de la nariz	45%
Pérdida total del habla	40%
Pérdida Total del maxilar inferior o ablación total de la mandíbula.	60%
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares.	45%
Pérdida Total del olfato o el gusto.	25%

Pérdida Total del movimiento de la columna cervical con o sin manifestaciones
neuroológicas. 10%

Pérdida Total del movimiento de la columna dorsal con o sin manifestaciones
neuroológicas. 45%

Pérdida Total del movimiento de la columna lumbar
con o sin manifestaciones neuroológicas. 45%

De Las Extremidades Superiores

Accidentes Personales	Porcentaje de Indemnización	
	Derecho	Izquierdo
Pérdida Total por amputación o mutilación de:		
Un brazo.	75%	55%
Una mano.	75%	55%
Dedo pulgar.	35%	30%
Dedo índice.	30%	25%
Dedo medio.	20%	15%
Dedo anular.	20%	15%
Dedo meñique.	15%	10%
Dedo índice y pulgar.	55%	45%
De una falange del dedo pulgar.	20%	15%
De una falange del dedo índice.	15%	10%
De una falange de cualquier otro dedo.	10%	7%
De dos falanges del dedo índice.	20%	15%
De dos falanges de cualquier otro dedo que no sea el pulgar.	15%	10%
Pérdida Total del movimiento de la muñeca.	30%	25%
Pérdida Total del movimiento del hombro.	35%	30%
Pérdida Total del movimiento del codo.	35%	30%

Fractura mal consolidada de un brazo	30%	25%
Fractura mal consolidada del antebrazo	30%	25%
De los dos huesos.	30%	25%

**De las Extremidades
Inferiores
Pérdida Por Amputación ó
Mutilación**

Accidentes Personales	Porcentaje de Indemnización
Una pierna por encima de la rodilla	75%
Una pierna por debajo de la rodilla	65%
Un pie	65%
Dedo gordo del pie	25%
Cualquier otro dedo del pie.	15%
Pérdida total del movimiento de la rodilla	55%
Pérdida total de los movimientos de un pie	35%
Pérdida total de movimiento de la articulación subastragalina	25%
Fractura mal consolidada del fémur o de los huesos de la pierna	55%
Fractura mal consolidada de un pie.	35%

Acortamiento de un Miembro Inferior

Accidentes Personales	Porcentaje de Indemnización
Más de 8 cm.	35%
Entre 4 y 8 cm.	65%
Menos de 4 cm	15%

El plazo máximo para presentar la solicitud de indemnización y trámites es de noventa (90) días continuos a partir de la fecha de ocurrido el evento, excepto en los casos de imposibilidad justificada. El pago de indemnizaciones se hará a partir de la fecha de entrega de todos los recaudos exigidos por el FASMIJ.

1. A los efectos anteriores se entiende por pérdida, la amputación o inutilización total e irreparable del uso del miembro o la parte afectada. En el caso de lesiones no mencionadas arriba, pero que sean consideradas de carácter permanente, serán evaluadas por el médico que designe el Fondo, comparándolas de ser posible con la presente Escala de Indemnización, a los efectos de la determinación del porcentaje a indemnizar. En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, además de su condición de ser irreparables, a juicio del médico que designe el Fondo, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida no menor de ciento ochenta (180) días desde la fecha del accidente.
2. Si las consecuencias de un accidente fueren agravadas por efecto de una enfermedad, o un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, desconociendo el Fondo tal circunstancia, la indemnización se fijara de acuerdo a las consecuencias que, presumiblemente, el mismo accidente hubiere producido sin la mencionada agravación, salvo que ésta fuere la consecuencia del accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.
3. Acumulación de Invalideces: Si un accidente produce varias invalideces, a los efectos de la indemnización se acumularán los porcentajes fijados para cada una de ellas, sin que ningún caso el monto total a pagar pueda exceder del cien por ciento (100%) de la suma límite del Plan vigente para la cobertura de la invalidez permanente en el momento de la ocurrencia del accidente.
4. Cuando la suma de tales porcentaje sobrepase el setenta y cinco por ciento (75%) el monto a indemnizar se elevará al noventa por ciento (90%), y si tal acumulación es igual o superior al ochenta por ciento (80%), la indemnización será por el cien por ciento (100%) de la suma límite del plan que corresponda por la cobertura de invalidez permanente.

5. Fallecimiento después del pago de una invalidez permanente: si el Ente ha indemnizado una invalidez parcial permanente y posteriormente, el titular fallece dentro del plazo establecido a tales efectos, a consecuencia de la lesiones sufridas en el mismo accidente, el monto que corresponda por muerte accidental se indemnizará sin deducción alguna. Si el pago efectuado fuese por una invalidez total y permanente entonces no habrá lugar a la indemnización por la cobertura de muerte accidental, si ambos beneficiarios son producto de un solo accidente.

ARTICULO 39

Exclusiones

No se considera accidente para los efectos de este Plan y por lo tanto quedan excluidos de alcance de las coberturas de la misma:

- Cualquier enfermedad corporal o mental o agravamiento de ella y los tratamientos médicos o quirúrgicos, incluyendo la cirugía estética o reconstructiva, que no sean originados a consecuencia de accidentes amparados por este Plan.
- Los casos y consecuencias de desvanecimientos, síncope, infartos, ataques de apoplejía, epilepsia, roturas de aneurismas, varices, SIDA y toda clase de hernias.
- Los accidentes ocurridos hallándose el titular bajo el efecto de algún estupefaciente, alcohol, a causa de desorden mental o Derlirium Tremens.
- El suicidio o su tentativa. Homicidio intencional causado por los beneficiarios de este Plan, en este caso sólo quedarán excluidos del alcance de las coberturas contratadas, los beneficiarios involucrados.
- Intervención del titular en duelos o riñas a menos que se compruebe que no han sido provocados por el titular.
- Participación del titular en certámenes de velocidad de automotores o náuticos. (En caso de que no sea declarada en la solicitud de seguro).
- Participación deportiva de alto impacto del titular como profesional.

- Los accidentes producidos por infracción a la normativa legal vigente de la República Bolivariana de Venezuela, siempre y cuando tal infracción en si constituya un delito en el momento que ocurra.
- Los titulares no incluidos en este Plan para el momento del siniestro.