



PREGUNTAS FRECUENTES

Resolución No. 20 de 30 de diciembre 2024 de la SSRP

- **¿Qué cambió o en qué me beneficio con esta nueva Resolución?**

La Resolución No.20 del 30 de diciembre del 2024 le permite al asegurado la libre elección del orden de uso de sus pólizas de salud cuando exista concurrencia de pólizas de manera voluntaria, ya sea individual o colectiva, en vez de estar sujeto a la fecha de vigencia de las pólizas.

En vista de lo indicado, el asegurado debe seleccionar la póliza que designe como primaria, así como las subsiguientes en el orden que desee utilizar para un mismo servicio, atención médica o evento.

- **¿A qué tipos de seguros aplica esta Resolución?**

Esta resolución solo aplica a pólizas de salud, por lo que no aplica a otras pólizas de seguros que cubren gastos médicos.

- **¿Qué son pólizas coexistentes o concurrencia de pólizas de salud?**

Son pólizas en donde a una misma persona o individuo se le cubren gastos médicos, por la prestación del servicio o atención médica, en varias compañías y/o pólizas.

- **¿Qué es una póliza Primaria?**

Póliza vigente que cubre total o parcialmente, los gastos médicos de la prestación del servicio o atención médica de una misma persona o individuo, la cual pagará en primera instancia los reclamos presentados

cuando el mismo tenga dos o más pólizas, con base a los términos y condiciones establecidos en el contrato póliza.

- **¿Qué son pólizas Subsiguientes?**

Pólizas vigentes que cubren total o parcialmente, los gastos médicos de la prestación del servicio o atención médica de una misma persona o individuo, la cual tramitará las sumas de dinero no pagadas por la póliza primaria, con base a los términos y condiciones establecidos en cada contrato póliza.

- **¿Quién me puede ayudar o asesorar en la determinación de selección de la póliza primaria y subsiguientes?**

Para asesoría al respecto, contacte a su corredor de seguros o compañía de seguros. El proveedor médico no está autorizado para orientarlo sobre el orden de pólizas a utilizar.

- **¿Cuándo y dónde detallo o especifico el orden en que deseo utilizar las pólizas coexistentes?**

Deberá detallar en los Formularios de Preautorizaciones y Reclamos, el orden de uso prioridad de los seguros y/o pólizas, así como el detalle de información solicitada en los mismos. Cabe señalar que el orden de prioridad seleccionada por el asegurado no podrá ser modificado, una vez el formulario sea sometido a la compañía.

- **¿Qué debo hacer en el caso de Preautorizaciones?**

El asegurado está obligado a realizar el proceso de preautorizaciones con todas las pólizas coexistentes, así como los demás términos y condiciones establecidos en cada póliza.

- **¿Qué debo presentar al momento de un reclamo cuando tengo pólizas coexistentes?**

- a. En caso de un Reclamo en donde esta póliza fue seleccionada como primaria, el asegurado deberá presentar toda la información requerida en la póliza primaria.
- b. En caso de un Reclamo en donde la póliza fue seleccionada como subsiguiente, en adición a la información requerida en esta póliza, el asegurado deberá adjuntar la liquidación de reclamo de la compañía primaria y cualquier otra que antecedió a esta.

- **¿Cuál es la participación del asegurado cuando existencias pólizas coexistentes?**

Independientemente de la existencia de pólizas coexistentes para un mismo servicio, atención médica o evento, con base a las términos y condiciones de cada póliza y el orden de uso seleccionado por el asegurado, el mismo puede ser responsable por:

- Los gastos no elegibles por las diferentes pólizas.
- La diferencia de los gastos en exceso de los gastos elegibles, razonables y acostumbrados, pactados o negociados.
- La diferencia de los gastos en exceso a los beneficios o condiciones de establecidas en el contrato.

- **¿Cómo serán aplicados los Gastos Elegibles o Cubiertos?**

Serán aplicados según condiciones de cada contrato y suscripción de la persona o individuo. En ningún caso, un contrato cubrirá gastos presentados producto de la atención o servicio que no sean cubiertos por dichos contratos, por el hecho de que existan más de un contrato que cubra dicha atención / servicio.

- **¿Cómo serán coordinados o cubiertos los Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA), los montos pactados o negociados por las diferentes compañías?**

Los gastos elegibles e incurridos serán coordinados según lo establecido en las condiciones de cada contrato, serán aplicados con base a los URA, pactados, negociados o paquetes de cada compañía hasta el monto mayor de la compañía o contrato en el orden de uso de las pólizas establecidos por el asegurado.

- **En caso de que el reclamo aplique a deducible, ¿cómo será tramitado o aplicado el mismo?**

Los reclamos aplicados a deducibles serán los establecidos en las condiciones de cada contrato. Las compañías o contratos secundarios o subsiguientes aplicarán al mismo los gastos elegibles y no cubiertos, en concepto de participación del asegurado (deducible, coaseguro, copago, gastos no cubiertos, etc.), por la compañía o contrato primario, según lo establecido en cada contrato.

NOTA IMPORTANTE: Cada compañía enviará a sus asegurados un Endoso donde se detallan las condiciones aplicables a los asegurados que mantengan pólizas de salud con otras aseguradoras.