

Condiciones Generales

Beneficio Adicional
Cobertura Materna



Una cobertura adicional diferente.

Queremos que al pensar en tu embarazo, sonrías.
Queremos acompañarte y cuidarte para que te sientas tranquila en esta etapa trascendental, desde el embarazo hasta el post parto.

05

Definiciones

08

Descripción de la
Cobertura Internacional

07

Características de la
Cobertura Internacional

Alcance Esta Cobertura Adicional está ligada a la Cobertura Básica conforme lo establecido en el Contrato. Al aparecer este beneficio como contratado en la Carátula, Endoso y/o certificado individual correspondiente, se extiende la Cobertura Adicional descrita en este documento.

Definiciones

Para la interpretación y cumplimiento del Contrato, se adoptan las definiciones descritas en esta sección; en adición a las descritas en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica.

Aborto involuntario (espontáneo)

Ocurre cuando se interrumpe el embarazo antes de la semana 20 de gestación (o su equivalente, ciento treinta y cuatro días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (placenta, membranas o feto).

Asegurada o Socia

La persona beneficiaria de la Cobertura Materna de sexo femenino por nacimiento.

Cirugía fetal

Procedimiento quirúrgico intrauterino realizado al feto, que tiene como objetivo la corrección anatómica o funcional de Padecimientos Congénitos.

Colaborador

Socio o Socia que es miembro de la Colectividad Asegurada y que tiene una relación laboral comprobable, o de prestación de servicios, con el Contratante.

Complicaciones de maternidad

Enfermedades secundarias al embarazo o puerperio que impiden una evolución adecuada y normal de estas fases.

Complicaciones del Recién Nacido durante el nacimiento

Cualquier desorden del Recién Nacido relacionado con el nacimiento, siempre y cuando no sea considerado un Padecimiento Congénito, como por ejemplo: nacimiento prematuro, déficit respiratorio, traumatismos durante el parto.

Contratante

Empresa que celebra el Contrato con Sofía, a fin de obtener las coberturas en favor del Socio o de la Socia y quien se compromete a realizar el pago de las Primas.

Cuidados Post Natales

Atención médica que recibe una mujer durante los 40 días posteriores al parto o cesárea para asegurar la recuperación de la madre. Por ejemplo: Manejo de hemorragias, infecciones, problemas con la cicatrización, dolor y evaluación para la salud mental.

Maternidad

La función reproductiva que comprende la gestación, el embarazo y el puerperio.

Momento de Inicio del Embarazo

Primer día del último período menstrual (FUM) de la Socia antes de la concepción o edad gestacional determinada mediante un ultrasonido.

Padecimientos Congénitos

Enfermedad, Padecimiento o malformación que tuvo origen durante el periodo de gestación, pudiéndose manifestar con posterioridad al nacimiento, como por ejemplo: anencefalia, microcefalia, hidrocefalia, labio/paladar hendido, anomalías renales, cardiopatías, atresia esofágica, polidactilia, espina bífida, alteraciones óseas, ano imperforado, gastrosquisis, onfalocele, Síndrome de Down, Turner, Linefelter, Williams, Marfan, Angelman, trastornos metabólicos como Fenilcetonuria, galactosemia o homocistinuria.

Recién Nacido Prematuro

Todo Recién Nacido obtenido por parto o cesárea durante o antes de la semana 36 (treinta y seis) de la gestación.

Recién Nacido

Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple 31 (treinta y un) días de vida.

Reproducción Asistida

Proceso que permite la fertilización mediante cualquier técnica que incluya la manipulación de los gametos de uno o ambos sexos, incluyendo la Maternidad Subrogada.

Características de la Cobertura Materna

El Beneficio Adicional llamado “Cobertura Materna” (en lo sucesivo “Cobertura Materna” o “Cobertura Adicional”) tiene las siguientes características:

Criterios de aceptación

Esta Cobertura Adicional aplica únicamente para las Socias que cumplan las siguientes condiciones:

- ① Edad mínima de aceptación: 18 años
- ② Edad máxima de aceptación: 40 años
- ③ Edad máxima de renovación: 41 años. Se podrá renovar a los 41 años cumplidos únicamente si la Socia estuviera embarazada para la renovación
- ③ Sexo asignado al nacer: mujer

La Cobertura Materna deberá de contratarse para todos los Colaboradores del Contratante y en su caso, Dependientes y Familiares que entren dentro de los criterios de aceptación.

Contratante

Esta Cobertura Adicional únicamente puede adquirirse por un empleador como beneficio para aquellas personas que trabajan para él; y no aplica cambio de Contratante.

Periodo de espera

- ① Para tener acceso a la cobertura, al Momento de Inicio del Embarazo, la Socia deberá tener por lo menos seis meses de cobertura continua de este beneficio.
- ② No aplica reducción de tiempos de espera, salvo autorización expresa por parte de Sofía.

Forma de pago de Prima

La forma de pago de la Prima podrá ser mensual o anual según se haya pactado en la Carátula de la Cobertura Básica.

Vigencia de la cobertura

La vigencia de esta cobertura será a lo más un año y la fecha del fin de vigencia será la misma que tenga la Cobertura Básica. De igual manera, podrá ser renovada de acuerdo con las características de las presentes Condiciones Generales.

Descripción de la Cobertura Materna

1. Descripción General

La Cobertura Materna tiene como objetivo brindar los Servicios de Salud en la etapa prenatal, el nacimiento, la etapa postnatal y sus complicaciones, de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

2. Términos y Condiciones

La Cobertura Materna estará sujeta a los siguientes términos y condiciones:

2.1 Prestadores SofíaMed para la Cobertura Materna

La atención sólo podrá ser brindada por los prestadores de SofíaMed aprobados por Sofía para brindar servicios para esta Cobertura Adicional

2.2 Participación de la Socia en el pago de Servicios Médicos

Para todos los servicios, excepto videoconsultas, aplica Coaseguro y/o Copago conforme a lo indicado en la Carátula de la Cobertura Básica o Endoso correspondiente.

3. Prevalencia

En caso de duda o contraposición entre las condiciones y derechos reconocidos en la presente Cobertura Adicional, y las establecidas en la Cobertura Básica, en todo momento deberán prevalecer las de la Cobertura Básica.

Dentro de esta cobertura no se cubrirán consultas, servicios médicos, medicamentos, estudios de laboratorio cuando:

- No estén especificados en las presentes Condiciones Generales.
 - No estén prescritos por el Equipo Médico, salvo en los casos de Urgencias Médicas.
 - No se realicen por medio de SofíaMed, salvo en los casos de Urgencias Médicas.
 - No se realicen conforme a las indicaciones de Sofía.
 - No sean dictaminados y aprobados por Sofía.
-

4. Atención prenatal

La atención prenatal tiene como objetivo preservar la salud tanto de la Socia como del feto o embrión y/o detectar oportunamente Enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previene una evolución indeseable; evitando así un Padecimiento mayor.

Sofía únicamente cubrirá los Servicios Médicos que se especifican a continuación:

- 4.1 Consultas obstétricas a partir de la semana 8 y, a necesidad médica, cada 5-7 semanas aproximadamente. Excepto a partir de la semana 36 que pueden ser hasta cada semana.
- 4.2 Dos ultrasonidos estructurales con un médico especialista en medicina materno fetal.
- 4.3 Multivitamínico Elevit durante los primeros 3 meses del embarazo.
- 4.4 Los siguientes estudios de laboratorio, por trimestre del embarazo:

4.4.1. Primer trimestre:

- Biometría hemática
- Glucemia
- Prueba serológica para la sífilis (VDRL) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Grupo sanguíneo ABO y Rho
- Examen General de Orina
- Urocultivo
- Química sanguínea de 24 elementos

4.4.2. Segundo trimestre:

- Curva de tolerancia a la glucosa
- Química Sanguínea de 24 elementos
- Biometría hemática
- Examen General de Orina
- Urocultivo

4.4.3. Tercer trimestre:

- Glucosa en suero
- Biometría hemática
- Examen General de Orina
- Tiempos de coagulación

5. Atención durante el Parto o Cesárea

Servicio Médico por parto o cesárea, desde el ingreso hasta el alta del hospital incluyendo:

5.1 Servicios hospitalarios que incluyen:

5.1.1. **Cuarto de hospital.** Uso de un cuarto privado estándar y el consumo de alimentos de la Socia, sin incluir cama extra para un acompañante.

5.1.2. **Estancia en salas.** Estancia de la Socia en la sala de operaciones, recuperación, cuidados intensivos y curación.

5.1.3. **Suministros del hospital.** Medicamentos, material médico y equipos anestésicos que la Socia requiera durante su hospitalización.

5.2 Honorarios del ginecólogo obstetra, ayudante, anesthesiólogo y pediatra hasta el límite establecido en el Tabulador Sofía.

5.3 Cuidados Post Natales requeridos por la Socia inmediatamente después del parto o cesárea realizada, como suturas.

5.4 Hasta 10 días de cuidado rutinario para el Recién Nacido durante la estancia hospitalaria, bajo indicación médica.

5.5 Medicamentos, siempre y cuando sean recetados por los médicos tratantes del Equipo Médico.

5.6 Cuando la Socia se encuentre hospitalizada se cubrirán como máximo 1 visita diaria hospitalaria por especialista, siempre que sea necesaria su participación en el tratamiento hospitalario.

6. Atención por Complicaciones del embarazo

Se cubrirán los Servicios Médicos (incluyendo, medicamentos, servicios hospitalarios, honorarios médicos, laboratorios, etc) derivados de complicaciones relacionadas al embarazo. Estos estarán cubiertos bajo la Suma Asegurada de la Cobertura Básica a la que está ligada esta Cobertura Adicional.

7. Atención postnatal

Se cubrirán dos consultas de ginecología de seguimiento al día 7 y 40 después del nacimiento, así como la asesoría de lactancia.

8. Atención del Recién Nacido

La cobertura del Recién Nacido durante los primeros 10 días de vida incluye tratamientos médicos y quirúrgicos del Recién Nacido inmaduro y/o prematuro, padecimientos genéticos, Padecimientos Congénitos, así como Accidentes, Enfermedades o Padecimientos ocurridos a partir de su nacimiento. Está amparado bajo la misma cobertura de la Cobertura Básica a la que está ligada esta Cobertura Adicional.

Antes de asegurar al Recién Nacido, los gastos se harán bajo la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de la madre. Posterior a la contratación del seguro del Recién Nacido los gastos se harán bajo la Suma Asegurada de la Cobertura Básica del Recién Nacido.

La contratación de Cobertura Materna brinda el derecho de asegurar al Recién Nacido, para lo cual, hay que contratar su respectiva Cobertura Básica durante los 10 días siguientes al nacimiento, la Suma Asegurada del Recién Nacido únicamente podrá ser de \$1,500,000.00 MXN o \$5,000,000.00 MXN y en ningún momento podrá exceder la Suma Asegurada del plan de la madre. Si la contratación de la Cobertura Básica para el Recién Nacido no se realiza durante dicho plazo, la solicitud de seguro estará sujeta a un proceso de suscripción y no está garantizada.

9. Cobertura de Cirugía Fetal

Se cubrirán los Gastos Médicos de Hospitalización, Honorarios Médicos y cualquier otro Servicio Médico por concepto de Cirugía Fetal, hasta el alta hospitalaria, con la finalidad de corregir los siguientes padecimientos; siempre y cuando exista un diagnóstico médico emitido por el Equipo Médico:

- Malformación adenomatoidea quística.
- Secuestro broncopulmonar
- Mieromeningocele
- Hidrotórax
- Obstrucción urinaria fetal
- Hernia diafragmática
- Atresia u obstrucción de la laringe, tráquea o bronquial

Las condiciones para el pago de la Cirugía Fetal se apegan a las condiciones de la Cobertura Básica de la madre a la que está atada esta Cobertura Adicional.

Esta cobertura aplicará siempre y cuando:

- ① La Socia haya asistido a todas y cada una de las consultas prenatales requeridas por el Equipo Médico a partir de la octava semana de gestación.
- ① La Socia tenga un informe médico del especialista en Cirugía Fetal del Equipo Médico que confirme el diagnóstico.

En caso de resultar procedente su aplicación, Sofía realizará el pago en forma directa al proveedor de servicios y le indicará a la Socia el procedimiento a seguir.

10. Exclusiones

Esta cobertura no cubre los gastos que deriven de los siguientes conceptos:

- 10.1 Estudios de tipo genético para obtener el estado de salud del feto o bien, para determinar las causas de abortos previos o malformaciones congénitas.**
- 10.2 Tratamientos para Reproducción Asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, así como los gastos de la madre biológica y/o personagestante, en caso de Maternidad Subrogada.**
- 10.3 Se excluyen las complicaciones del embarazo cuando éstas sean a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
- 10.4 Padecimientos o complicaciones que presente el feto o recién nacido derivadas de Enfermedades excluidas en la Cobertura Básica de la Socia.**
- 10.5 Servicios de salud, cuyos costos y/o gastos hayan sido realizados fuera de SofíaMed.**
- 10.6 Estudios, diagnósticos y tratamientos no prescritos y autorizados por el Equipo Médico.**
- 10.7 Estudios, diagnósticos y tratamientos que no estén relacionados con una necesidad médica.**
- 10.8 Abortos y legrados uterinos punibles y/o cuando no estén relacionados con una necesidad médica, y sus complicaciones.**

- 10.9 Medicamentos homeopáticos, herbolarios, suplementos alimenticios y aquellos sin registro sanitario de COFEPRIS vigente.
- 10.10 Estudios de ultrasonido 4D.
- 10.11 Estudios diagnósticos para Padecimientos Congénitos, únicamente se cubrirán los estudios indicados en el apartado 4.3 de la cláusula “Descripción de la Cobertura Materna”
- 10.12 Amenaza de parto prematuro o parto prematuro provocado por tabaquismo, alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o farmacodependencias.
- 10.13 Padecimientos Congénitos, Enfermedades y/o complicaciones de Recién Nacidos Prematuros, originados por alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, Reproducción Asistida y/o cuando alguno de los padres del menor se haya sometido o se encuentre en tratamiento de infertilidad o esterilidad.
- 10.14 Complicaciones del embarazo derivadas de cualquier padecimiento o tratamiento que no se encuentren cubiertos por la Cobertura Básica de la persona gestante.
- 10.15 Habitación tipo suite o diferentes a la estándar
- 10.16 Los siguientes servicios hospitalarios: llamadas telefónicas locales y de larga distancia, cama extra y alimentos para el acompañante, pañales, artículos personales tales como: toallas femeninas, rastrillos, shampoo, pasta de dientes, cepillo dental, crema, jabones, etc. así como rentas de películas, estacionamiento o habitaciones diferentes a las indicadas en las Condiciones Generales.
- 10.17 Servicios Médicos erogados fuera de la República Mexicana.
- 10.18 Vendas elásticas y/o medias compresivas, excepto medias neumáticas siempre y cuando sea aprobado por Sofía.
- 10.19 Adquisición de fórmulas lácteas, fórmulas

naturistas, complementos y suplementos alimenticios y/o nutricionales, medicamentos de acción de terapia celular y medicamentos cosméticos.

10.20 Tratamientos de planificación familiar no definitiva o de anticoncepción.

10.21 Obtención, almacenamiento y trasplante de células madre.

10.22 Criopreservación de cordón umbilical.

10.23 Servicios Médicos no asociados a la maternidad.

10.24 Vitaminas no especificadas en las presentes Condiciones Generales

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cobertura denominada CoberturaMaterna quedó registrada ante la CNSF a partir del 19 de agosto de 2024 con el número BADI-H0717-0006-2024 y ante la CONDUSEF, con el número CONDUSEF-005220-05”