

**CONDICIONADO DE SALUD
DEL SERVICIO AUTOADMINISTRADO
“SERSACON”**

OCTUBRE 2025

ÍNDICE

	Pág.
Título I Disposiciones generales	2
Capítulo I Objetivos Generales	2
Capítulo II Glosario de Términos	3
Título II Coberturas	12
Capítulo I Hospitalización y Cirugía (Básica y Exceso)	12
Capítulo II Maternidad.....	23
Capítulo III Ambulatoria	24
Capítulo IV Farmacia	25
Capítulo V Oftalmología	29
Capítulo VI Odontología	29
Título III Titular y Beneficiarias o Beneficiarios	30
Título IV Plazos de Espera	31
Título V Políticas generales de uso	34
Capítulo I Claves Telefónicas	34
Capítulo II Carta Compromiso	34
Capítulo III Pagos Contra Reembolso	36
Título VI Referencias Médicas, Proveedores Médicos y Otras Generalidades	40
Capítulo I Referencias Médicas	40
Capítulo II Proveedores Médicos	41
Capítulo III Otras Generalidades	42
Título VII Exclusiones	42
Título VIII Disposiciones finales	43

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

La Junta Directiva de la Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República, quien a los efectos de este Condicionado se denominará "SERSACON", en reunión extraordinaria de fecha veintidós (22) de octubre de dos mil veinticinco (2025), establece las condiciones generales y particulares, que rigen los servicios y el uso de los recursos para llevar a cabo el establecimiento de planes y la ejecución de actividades que garanticen la salud integral del personal activo, pasivo y su grupo familiar de la Contraloría General de la República, en lo sucesivo "CGR", y de sus entes adscritos, en los términos siguientes:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

OBJETIVO GENERALES

Artículo 1. Ofrecer coberturas de salud integral, las cuales conformarán el Plan de Salud que se otorgarán al personal activo, pasivo y grupo familiar de la "CGR" y sus entes adscritos.

Artículo 2. Las y los titulares y beneficiarias o beneficiarios disfrutarán gratuitamente de las coberturas incluidas en el Plan de Salud de "SERSACON", aprobado por la junta directiva, por cuanto el mismo constituye un servicio autoadministrado de salud, hasta los montos señalados en cada una de ellas, los cuales se actualizarán periódicamente, atendiendo a la disponibilidad presupuestaria para cada ejercicio económico financiero.

Artículo 3. Se establece un baremo interno, aprobado por la Presidencia de "SERSACON", el cual detalla los montos máximos a reconocer por concepto de consultas, estudios y demás procedimientos médicos. Este baremo está alineado

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

a gastos razonables según los costos establecidos en el mercado. Por lo tanto, los pagos y reembolsos se ajustarán a los montos señalados en dicho baremo, quedando cualquier excedente por cuenta del titular o beneficiario.

Los montos de este baremo serán actualizados periódicamente por la Presidencia, considerando las fluctuaciones de precios propias del mercado y la disponibilidad presupuestaria para cada ejercicio económico financiero.

CAPÍTULO II GLOSARIO DE TÉRMINOS

Artículo 4. A los efectos del presente Condicionado, queda entendido que los siguientes términos tendrán los significados que se indican a continuación:

- 1) **ACCIDENTE**: Suceso eventual o hecho causal y no esperado, de efectos imprevistos, que generalmente reporta consecuencias económicas o personales, y que comporte cualquier lesión corporal sufrida por la o el titular y/o beneficiaria o beneficiario directa e independientemente de otra causa, por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita y ajena a su voluntad, determinable por un especialista médico.
- 2) **ATENCIÓN PRIMARIA**: Son todas las consultas básicas y de especialidades, cuya finalidad es diagnosticar, con el objeto de prevenir eventos de salud que comprometan la vida de la o el titular y/o la beneficiaria o beneficiario. No incluye la hospitalización.
- 3) **BAREMO INTERNO**: Tabla de costos o valores referenciales tanto de los honorarios médicos, como de los estudios y de los procedimientos, acordados previamente entre "SERSACON" y el centro de salud o Proveedor Médico,

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

aprobado por su Presidencia, aplicable para el período de vigencia indicado y sujeto a modificación.

4) BENEFICIARIA O BENEFICIARIO: Se considerarán Beneficiarias o Beneficiarios los siguientes grupos:

- El personal activo de la Contraloría General de la República (CGR) y sus entes adscritos.
- El personal jubilado y pensionado de la CGR y sus entes adscritos.
- La Carga Familiar de los titulares (activo y pasivo), que hubieren registrado en la planilla correspondiente, siempre y cuando cumpla con las condiciones y requisitos establecidos en el presente condicionado.

5) CARTA COMPROMISO: Documento mediante el cual "SERSACON" se responsabiliza con el Centro de Salud a pagar hasta el monto máximo en ella señalada, previa presentación del presupuesto vigente del Centro de Salud, informe del médico tratante, exámenes y demás documentos pertinentes que comprueben la patología allí identificada. Su uso es para casos electivos, entendidos éstos como las atenciones médicas, hospitalizaciones y/o intervenciones quirúrgicas cuya ejecución puedan planificarse previamente entre la o el titular y/o beneficiaria o beneficiario y el Médico Tratante.

6) CARTA DE AGOTABILIDAD: Es el documento mediante el cual "SERSACON" notifica, que la asegurada o el asegurado ha agotado su cobertura convenida por el ejercicio económico financiero correspondiente, para una patología específica.

7) CARTA NARRATIVA: Es el documento que debe ser presentado por la persona que solicita un reembolso o requiere atención médica, siempre que la situación de salud haya sido causada por un accidente o evento traumático imprevisto.

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

- 8) **CLAVES TELEFÓNICAS:** Es el código de aprobación que SERSACON otorga a través de nuestro Centro de Atención Telefónica, luego que la beneficiaria o el beneficiario solicita una cita para consulta con algún proveedor médico afiliado. Es la garantía de pago directo al proveedor médico por parte de SERSACON, confirmando que la consulta está cubierta por su Plan de Salud. Es indispensable que se obtenga la Clave Telefónica antes de acudir a la consulta. Sin este número de autorización, el proveedor no podrá facturar el servicio a SERSACON, y el beneficiario tendría que asumir el costo de la consulta.
- 9) **CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA:** En lo sucesivo "APS", son los centros de salud convenidos con "SERSACON" donde acuden las beneficiarias o beneficiarios en caso de requerir consultas médicas y/o realización de exámenes paraclínicos.
- 10) **COBERTURA AMBULATORIA:** Abarcará los gastos razonables en que incurran las beneficiarias o beneficiarios, por la atención en un área de emergencia que no amerite hospitalización. Así como: reembolsos, proveedores médicos, referencias médicas, medicinas, ecosonogramas, laboratorios y estudios por imágenes (radiografías, mamografías y densitometrías). El monto será aprobado por la Junta Directiva de "SERSACON", por el ejercicio económico financiero correspondiente, en forma individual.
- 11) **COBERTURA BÁSICA:** Contempla: estudios especiales, tratamientos médicos novedosos, que ameriten cirugía u hospitalización. Esta cobertura es gestionada y se limita por cada patología o enfermedad individualmente. El monto será aprobado por la Junta Directiva de "SERSACON", por el ejercicio económico financiero correspondiente.

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

- 12) COBERTURA DE EXCESO:** Cubre los costos de las patologías o enfermedades que ameriten cirugía u hospitalización que superen el monto aprobado para la Cobertura Básica. Esta cobertura es una extensión automática de la Cobertura Básica que se activa al exceder dicho monto, sin requerir aprobación de la Junta Directiva.
- 13) COBERTURA DE FARMACIA:** Cubrirá la compra de medicamentos y los pagos contra reembolso, siempre y cuando la patología esté debidamente diagnosticada por el especialista en el área y se consignen los estudios que lo comprueben, cuando así se requiera. El monto final será aprobado de forma individual por la Junta Directiva de 'SERSACON', de acuerdo con el ejercicio económico financiero correspondiente.
- 14) COBERTURA DE MATERNIDAD:** Cubrirá los gastos generados por la maternidad y sus complicaciones, que ameriten cirugía u hospitalización. El monto será aprobado por la Junta Directiva de "SERSACON", por el ejercicio económico financiero correspondiente, en forma individual.
- 15) COBERTURA DE OFTALMOLOGÍA:** Se entenderá por cobertura de Oftalmología, aquellos gastos razonables en que incurran las o los titulares y beneficiarias o beneficiarios, por concepto de compra de Montura y fórmula de lentes correctivos, prescritas por una oftalmóloga u oftalmólogo, con indicación del diagnóstico respectivo, hasta por el monto de la cobertura.
- 16) COBERTURA DE ODONTOLOGÍA:** Se entenderá por cobertura de Odontología, aquellos gastos razonables en que incurran las o los titulares y beneficiarias o beneficiarios, por concepto de gastos por procedimientos odontológicos (limpiezas, extracciones, resina, tratamiento de conducto y/o similares,

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

radiografías panorámicas y apicales, así como aquellos tratamientos o intervenciones menores que pudieran comprometer la salud bucal de la o el paciente) con indicación del diagnóstico respectivo.

- 17) COBERTURA DE SERVICIOS FUNERARIOS:** Cubrirá los gastos razonables por servicios funerarios, incluyendo traslados, velación, cremación, inhumación, ataúd, y todo lo que pueda generarse de los servicios a prestar o los bienes a adquirir por fallecimiento de la beneficiaria o beneficiario, hasta agotar la cobertura.
- 18) DIAGNÓSTICO:** Análisis mediante el cual se busca identificar una enfermedad o patología.
- 19) DISCAPACIDAD:** Es una condición de disminución o supresión de capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que, al interactuar con barreras, dificultan el ejercicio de derechos y la participación social. Puede ser de orden genético, congénito o adquirido.
- 20) EMERGENCIA AMBULATORIA:** Alteración de la salud de aparición súbita que requiere atención médica inmediata en el área de emergencia, que no requiere hospitalización y cuyos gastos son atribuibles a la cobertura ambulatoria individual hasta el monto máximo por ejercicio económico financiero correspondiente, determinado por la Junta Directiva de "SERSACON".
- 21) ESPECIALIDADES:** En medicina se habla de especialidades básicas y de subespecialidades. Las especialidades básicas corresponden a la medicina interna, pediatría, cirugía general, traumatología, ginecología y obstetricia. Las subespecialidades son diversas, pero podríamos nombrar la neumonología,

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

gastroenterología, endocrinología, cardiología, urología, neurología, mastología, vascular periférico, entre otras, aclarando que esta enumeración es de carácter enunciativo y no taxativo.

- 22) EXCLUSIONES:** Se considerarán excluidas aquellas patologías, tratamientos y procedimientos que expresamente así están señaladas en el presente Condicionado y de las cuales no se reconocerán ni se aprobarán los gastos que éstas generen.
- 23) EXTEMPORÁNEO:** Se considerará extemporáneo cualquier trámite, incluyendo la presentación de facturas, que se realice por parte de la o el titular y/o beneficiaria o beneficiario después del cierre del ejercicio económico financiero correspondiente a la prestación del servicio. Este lapso representa la fecha máxima para la recepción de documentos, además de otros lapsos establecidos en el presente Condicionado según el caso que corresponda.
- 24) GASTOS RAZONABLES:** Costo promedio calculado de los gastos médicos quirúrgicos, ambulatorios y hospitalarios, cubiertos según el presente Condicionado, de clínicas de una misma ubicación geográfica, misma categoría o equivalentes, que se correspondan con una intervención o tratamiento similar.
- 25) GRUPO FAMILIAR:** Es el conjunto de personas unidas o no por vínculo de sangre, que inscribe la o el titular para que puedan gozar junto con ella o él, del Plan de Salud que ofrece "SERSACON".
- 26) INFORME MÉDICO:** Documento emitido por la médica o el médico tratante o interconsultante en el que, de manera detallada, se especifican los datos de la o el paciente, la evaluación, los estudios realizados, el diagnóstico y el tratamiento

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

indicado. Este documento debe contener la firma de la médica o del médico con su respectivo sello húmedo personalizado que indique su número de cédula de identidad, registro del colegio de médicos, número de inscripción en el Ministerio con competencia en materia de salud.

27) INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Es el centro de salud pública o privada legalmente autorizada para mantener instalaciones permanentes de asistencia médica a pacientes internadas o internados, que tenga médicas o médicos en forma regular y permanente que suministre en forma continua servicio de enfermería y que preste servicio de hospitalización, asistencia médica y quirúrgica a personas lesionadas o enfermas. No se consideran instituciones hospitalarias los centros de reposo y atención para la adulta o el adulto mayor, centros para tratamientos de personas con problemas de adicción o alcoholismo, en estos últimos casos, sí serán considerados instituciones hospitalarias aquellos que están registrados como hospitales especializados o clínicas con capacidad de hospitalización ante el Ministerio con competencia en materia de Salud.

28) MÉDICA O MÉDICO: Es la o el profesional de la medicina debidamente titulada o titulado e inscrita o inscrito ante el Ministerio con competencia en el área de Salud y en la Institución que legalmente corresponde para ejercer la profesión, cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición de la o el titular y/o beneficiaria o beneficiario. Las y los terapeutas, las trabajadoras o los trabajadores sociales y las odontólogas u los odontólogos no se incluyen en esta definición.

29) NO INDEMNIZABLE: Son todos aquellos gastos en que incurra la o el titular y/o beneficiaria o beneficiario cuya patología o enfermedad no cumpla con todas las estipulaciones establecidas en el presente Condicionado.

30) PLAN DE SALUD: Se entiende como Plan de Salud el conjunto de todas las coberturas ofrecidas en el presente Condicionado. Los montos para estas coberturas son establecidos por la Junta Directiva de SERSACON y asignados según el ejercicio económico financiero correspondiente, de la siguiente manera:

- Coberturas con Montos Fijos:

Estas coberturas suelen tener un límite máximo global o anual asignado a cada titular y beneficiario, independientemente de la enfermedad específica: ambulatoria, oftalmología, farmacia, odontología, maternidad, funerario y vida.

- Coberturas Asignadas por Patología o Enfermedad:

Estas coberturas se gestionan con montos específicos que se consumen en función del diagnóstico médico y el tratamiento requerido para la afección: Básica y Exceso.

31) PROVEEDORA MÉDICA O PROVEEDOR MÉDICO: Es la o el profesional de la salud que conviene con "SERSACON" a prestar sus servicios profesionales en la especialidad o subespecialidad respectiva, cuyos gastos estarán amparados por el plan de salud, hasta el monto determinado por la Junta Directiva de "SERSACON".

32) RECIDIVAS: Reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida.

33) REEMBOLSO: Son los pagos o indemnizaciones que SERSACON le efectúa a la o el titular y/o beneficiaria o beneficiario por los gastos médicos y hospitalarios en que haya incurrido y que se encuentren amparados por el Plan de Salud, en cumplimiento con los requisitos establecidos en el presente Condicionado.

- 34) REFERENCIA MÉDICA:** Es el documento emitido en la Unidad de Atención a la Afiliada o Afiliado de la Gerencia de Gestión de Salud de "SERSACON" para consultas médicas y/o exámenes clínicos amparados, dirigidos a las clínicas de atención primaria y proveedoras médicas o proveedores médicos que manejan su baremo directo con "SERSACON".
- 35) SINIESTRO:** Es la ocurrencia del riesgo o realización del evento previsto y garantizado por el plan de salud de "SERSACON".
- 36) TITULAR:** Es la persona natural que recibe de "SERSACON" el derecho a disfrutar los servicios que ésta le ofrece a través de un Plan de Salud. Comprende a la servidora pública o servidor público, personal obrero, jubilado, pensionado por invalidez y sobreviviente de la Contraloría General de la República y de sus entes adscritos, de acuerdo con lo establecido en el Estatuto de Personal y en el Reglamento sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Máximo Órgano Contralor.
- 37) TRATAMIENTO:** Es el conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades, afecciones o síntomas en un paciente. Los tratamientos pueden abarcar un amplio espectro de intervenciones, desde cambios en el estilo de vida y terapias farmacológicas hasta procedimientos quirúrgicos y medidas paliativas. El tratamiento médico no solo se dirige a la enfermedad o condición de base, sino también a los síntomas que estas puedan desarrollar en los pacientes.

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

TÍTULO II COBERTURAS

CAPÍTULO I HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA (BÁSICA Y EXCESO)

Artículo 5. Se entenderá por cobertura de hospitalización y cirugía, la asistencia médica que brindan los Centros de Salud en caso de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, a la cual "SERSACON" le aplicará gastos razonables y el monto de la misma será determinado por la Junta Directiva de "SERSACON", por patología y por ejercicio económico financiero correspondiente.

Artículo 6. Los gastos amparados por esta cobertura son los siguientes:

1. Honorarios médicos profesionales y servicios clínicos.
 - a) **QUIRÚRGICOS:** En caso de dos (2) o más cirugías practicadas durante el mismo acto quirúrgico, con campos quirúrgicos distintos, "SERSACON" pagará dicho acto según las coberturas vigentes por ejercicio económico financiero correspondiente. En el caso de dos (2) o más intervenciones quirúrgicas practicadas en un mismo acto quirúrgico, con igual campo quirúrgico, "SERSACON" cubrirá hasta el límite de las coberturas.
 - b) **NO QUIRÚRGICOS:** Sólo se amparan los honorarios de especialistas por día de hospitalización, que atiendan las manifestaciones o complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad o patología que originó el ingreso, debidamente justificado en el informe por la médica o médico tratante, hasta el monto máximo de las coberturas vigentes por ejercicio económico financiero vigente, aprobado por la Junta Directiva de "SERSACON".

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

2. En caso de enfermedades mentales: Se dará cobertura a esta patología para terapias psiquiátricas y hospitalización, siempre y cuando sea en un centro hospitalario especializado y ordenado por una o un profesional de la psiquiatría, hasta el monto máximo de las coberturas vigentes por el ejercicio económico financiero correspondiente, entendiéndose como enfermedades mentales, las previstas en la clasificación internacional de trastornos mentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), décima (10ma) revisión.
3. Patologías neuromusculares discapacitantes: se cubrirán los gastos por concepto de tratamiento ortopédico previo análisis de la Gerencia de Gestión de Salud, hasta el monto máximo de las coberturas vigentes por ejercicio económico financiero vigente.
4. El recién nacido gozará de esta cobertura de forma automática. No obstante, el titular debe cumplir con los requisitos establecidos en el Condicionado para su registro formal.
5. Se cubre la aplicación de vacunas correspondientes al esquema de inmunizaciones para niños, niñas y adolescentes vigente en Venezuela, que no se encuentren disponibles en el sistema de salud pública. Igualmente se cubre la aplicación de cualquier vacuna que esté indicada por el médico especialista correspondiente.
6. Se cubrirán las cirugías maxilofaciales que comprometan la calidad de vida del paciente, o que sean médicamente necesarias para resolver una patología o situación de salud que complique el bienestar general del beneficiario. Específicamente, se incluyen las intervenciones derivadas de:
 - a) Accidentes.
 - b) Procesos tumorales o malignos.
 - c) Defectos congénitos que requieran corrección funcional.
 - d) Extracción de cordales que ameriten manejo quirúrgico especializado.
 - e) Cualquier otra condición médica que, a juicio del especialista, comprometa

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

la salud del beneficiario.

La solicitud de cobertura deberá ir acompañada de un informe médico emitido por odontólogo, que justifique debidamente la necesidad y pertinencia del procedimiento quirúrgico.

7. Tratamiento dental como consecuencia de un traumatismo declarado como siniestro en un lapso no mayor a un (1) año ante "SERSACON" y los costos estarán amparados por las coberturas vigentes vigente, por el ejercicio económico financiero correspondiente.
8. Cirugía de Hallux Valgus, en los casos que comprometan la calidad de vida, previa evaluación de la Gerencia de Gestión de Salud de "SERSACON", y los costos estarán amparados por las coberturas vigentes vigente, por el ejercicio económico financiero correspondiente.
9. Prótesis, cuando las mismas sean de tipo endoprótesis, de uso permanente y que ameriten una intervención quirúrgica para su colocación. Se cubrirá colocación y explantación de prótesis mamaria y/o sus complicaciones, en caso de mastectomía, siempre que se deriven de una patología maligna, con el respectivo informe médico del especialista oncológico, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud y los costos estarán amparados por las coberturas vigentes, para el ejercicio económico financiero correspondiente.
10. Tratamientos no quirúrgicos del cáncer (quimioterapia, radioterapia o cobaltoterapias, entre otros) y todos los estudios paraclínicos de seguimiento de los mismos. Estos gastos serán tomados en consideración como parte del diagnóstico original, hasta el monto máximo de las coberturas vigentes, por el ejercicio económico financiero correspondiente. En aquellos casos donde el diagnóstico de cáncer sea ya un antecedente, es decir, no haya enfermedad oncológica activa o haya finalizado la etapa de seguimiento para recidivas sin recibir terapia de bloqueo hormonal, los gastos serán amparados por la cobertura ambulatoria.

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

11. Tratamientos de rehabilitación indicados por médico especialista (Traumatología, Reumatología, Neurología o Neurocirugía), están cubiertos con un límite de cuarenta (40) sesiones por año y por patología. Para ello se requiere:
- Autorización Progresiva: La cobertura se realiza en bloques. Las sesiones superiores a diez (10) durante el ejercicio económico financiero serán evaluadas con anterioridad por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON.
 - Ratificación Médica: Para la aprobación de bloques adicionales (superiores a 10), es obligatorio presentar un Informe Evolutivo del médico tratante que ratifique la evolución y justifique la necesidad de continuar el tratamiento.
 - Rehabilitación a Domicilio: Se autorizarán previo Informe del especialista, sujetas al análisis de la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON. Los gastos serán amparados por las coberturas vigentes.
12. Rehabilitación cardiovascular, respiratoria y foniátrica, hasta un máximo de veinte (20) sesiones posteriores a la patología que la condicionó y/o su incorporación a sus actividades, y los costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes, por el ejercicio económico financiero correspondiente.
13. Oxigenoterapia hiperbárica como tratamiento para accidentes cerebrovasculares (ACV), lesiones cerebrales traumáticas, restauración de piel en caso de úlceras diabéticas, quemaduras, lupus y heridas por accidentes de tránsito, con informe de médico especialista, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON y los costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes, para el ejercicio económico financiero correspondiente.
14. Tratamiento médico farmacológico para niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual moderada o con trastornos del espectro autista (TEA), con informe médico emitido por neurólogo, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON, y los costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes, para el ejercicio económico financiero correspondiente.

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

15. Terapia conductual para niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual moderada o con trastornos del espectro autista (TEA), hasta un máximo de diez (10) sesiones por ejercicio económico financiero correspondiente, con informe médico emitido por especialista en neurología, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON, y los costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes, para el ejercicio económico financiero correspondiente.
16. Terapia del lenguaje y ocupacional, hasta un máximo de cuarenta (40) sesiones al año, con informe médico emitido por especialista en neurología, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON y los costos estarán amparados por las coberturas vigentes, para el ejercicio económico financiero correspondiente.
17. Terapia vocal, hasta un máximo de veinte (20) sesiones al año, indicada en casos de disfonía, afonía, fatiga vocal, nódulos, pólipos o parálisis laríngea y en pacientes con postcirugía de laringe, cuerdas vocales o tiroidectomía, con informe médico emitido por especialista en otorrinolaringología, foniatría o fonoaudiólogo, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON y los costos estarán amparados por la cobertura básica, para el ejercicio económico financiero correspondiente.
18. Terapia vestibular, hasta un máximo de seis (06) sesiones al año, indicada en pacientes con vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB); con neuritis vestibular, laberintitis o migraña vestibular, personas que han sufrido traumatismos craneales o accidentes cerebrovasculares y adultos mayores con riesgo de caídas por desequilibrio, con informe médico emitido por especialista en otorrinolaringología, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON y los costos estarán amparados por las coberturas vigentes, para el ejercicio económico financiero correspondiente.
19. Cirugía refractiva de la vista (corrección quirúrgica de los siguientes defectos de refracción: miopía, astigmatismo y presbicia a partir de 3.0 de dioptría) para las y

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

los titulares, así como su grupo familiar, para ambos globos oculares al año, y los costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes, en el ejercicio económico financiero correspondiente.

20. Cirugías por dermatochalasis y/o párpado redundante, previa evaluación de la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON", y los costos serán amparados por las coberturas vigentes vigente, en el ejercicio económico financiero correspondiente.
21. Escleroterapia hasta un máximo de diez (10) sesiones al año, con informe emitido por médico flebólogo, angiólogo o cirujano vascular, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON, y los costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes, para el ejercicio económico financiero correspondiente.
22. Flebectomía, una (01) vez al año por cada miembro con informe emitido por médico flebólogo o cirujano vascular, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON, y los costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes, para el ejercicio económico financiero correspondiente.
23. Cirugía por obesidad (mórbida) por una sola vez basada en un índice de masa corporal igual o superior a cuarenta kilogramos por metro cuadrado de superficie corporal total (40 Kg/m²). También se cubrirán sus complicaciones. Esta cirugía será únicamente para titulares, cumpliendo el siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de una o un nutricionista, con una diferencia al menos de treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de una endocrinóloga o un endocrinólogo; una (1) evaluación de una neumonóloga o un neumonólogo; una (1) evaluación de una psicóloga o un psicólogo, una (1) evaluación de una o un psiquiatra y una (1) evaluación de una médica o un médico internista, que incluya chequeo cardiovascular. Se requerirá el informe de la médica o médico tratante, segunda opinión de la médica o médico especialista asignado por SERSACON (sólo si se requiere) y posterior evaluación por la Gerencia de

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

Gestión de Salud y aprobación de la presencia de SERSACON, los costos estarán amparados por las coberturas vigentes, en el ejercicio económico financiero correspondiente.

24. Video endoscopias (uretrocitoscopia, eco endoscópico, manometría esofágica, eco transrectal y anal, broncofibroscopia, dilataciones uretrales, estroboscopia, laringoscopia directa) y/o todas las modalidades de estudios y procedimientos endoscópicos, sin exceder en ningún caso de las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
25. Los estudios endoscópicos digestivos superiores e inferiores más biopsia cuyos costos estarán amparados hasta el monto máximo determinado por la Junta Directiva de "SERSACON".
26. Los estudios de resonancia magnética, tomografía y ultrasonido con efecto angiográfico, arteriográfico, doppler, artrográfico con y sin contraste, así como todo estudio especializado en cada una de las especialidades médicas utilizados como método diagnóstico, una sola vez al año por diagnóstico y únicamente solicitado por la médica o el médico especialista relacionado con el diagnóstico, y los costos se registrarán hasta el monto máximo determinado por la Junta directiva de "SERSACON".
27. Las tomografías computarizadas de emisión monofotónica (SPECT) en seguimiento de cáncer, cuyos gastos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes, en el ejercicio económico financiero correspondiente.
28. Fototerapia, hasta un máximo de cuarenta (40) sesiones por ejercicio económico financiero correspondiente, avalado por informe médico de especialista en dermatología, cuyos costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes, en el ejercicio económico financiero correspondiente.
29. Compra o alquiler de aparatos ortopédicos, ortesis, sillas rodantes, muletas, bragueros u otro equipo médico similar como tensiómetro, glucómetro según informe del médico especialista donde exista relación entre el diagnóstico y la

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

- especialidad respectiva, cuyos costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
30. Los aparatos auditivos (reparación y/o cambio de pila, inclusive), para titulares y beneficiarias o beneficiarios, previa evaluación de la Gerencia de Gestión de Salud de "SERSACON", cuyos costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
31. Traslados en ambulancias, dependiendo de la patología y respaldado con informe médico que lo justifique, previo análisis de la Gerencia de Gestión de Salud de "SERSACON", cuyos costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
32. Punción lumbar, punción con aguja fina y/o trucut (mamaria, tiroidea, prostática y otras) guiadas por ultrasonido, tomografías y/o cualquier otro tipo de abordaje con el correspondiente estudio histopatológico, citoquímico y/o citomorfológico, así como cultivos para bacterias, hongos, estudios inmunológicos, genéticos, entre otros, previa evaluación de la Gerencia de Gestión de Salud. Los costos de estos tratamientos se registrarán hasta el monto máximo determinado por la Junta Directiva de "SERSACON" y los mismos no excederán de las coberturas vigentes, en el ejercicio económico financiero correspondiente.
33. El estudio de polisomnografía para pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en lo sucesivo EPOC, y obesidad mórbida, con su respectiva espirometría, previo informe de la médica o médico tratante con especialidad en neumología, segunda opinión de la médica o médico especialista indicado por "SERSACON" en caso de requerirlo y posterior evaluación de la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON. El costo de este tratamiento estará amparado sólo por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
34. Los aparatos de apoyo ventilatorio empleados en el tratamiento del EPOC, siempre y cuando hayan cumplido los requerimientos del numeral anterior, cuyos

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.

35. Infiltraciones neurales, intraarticulares con ácido hialurónico (incluido el medicamento), según informe médico donde exista relación entre el diagnóstico y la o el especialista en reumatología, traumatología y neurocirugía, cuyos costos serán amparados hasta las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente, previa aprobación de la Gerencia de Salud de SERSACON.
36. Infiltraciones intravítreas para degeneración macular con terapias biológicas (AVASTIN o LUCENTIS), entre otras, hasta un máximo de cuatro (4) sesiones por ejercicio económico financiero y por globo ocular. Los costos de estos tratamientos no podrán excederse de las coberturas vigentes, ni del número de infiltraciones autorizadas.
37. Infiltraciones intravítreas con esteroides, hasta un máximo de dos (2) por globo ocular, y los costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
38. Artrocentesis, toracocentesis, paracentesis u otro procedimiento similar, según informe de la médica o médico especialista, donde exista relación entre el diagnóstico y la especialidad. Los costos de estos tratamientos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
39. Complicaciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)-SIDA al igual que las derivadas por el Virus Papiloma Humano (VPH), siempre y cuando se demuestre que tiene control médico por Infectología, y los costos estarán amparados por las coberturas vigentes, en el ejercicio económico financiero correspondiente.
40. Tratamientos médico quirúrgicos novedosos de la ciencia médica aprobado por el Ministerio con competencia en materia de salud, como son: células madres y

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

plasma rico en plaquetas, sólo si está autorizado por traumatología y reumatología en patologías osteoarticulares y osteodegenerativas, donde los estudios multicéntricos comprueben niveles de eficiencia y seguridad, por ejemplo: Osteoartritis, *Lupus Eritematoso Sistémico (LES)*, fracturas óseas con pobre respuesta a tratamiento convencional. Se autorizará una (1) sesión por ejercicio económico financiero. Estos tratamientos requerirán de la evaluación previa de la Gerencia de Gestión de Salud de "SERSACON", y los gastos estarán amparados hasta el monto máximo de las coberturas vigentes.

41. Ondas de choque para patologías osteoarticulares como son: Bursitis, tendinitis, fascitis plantar y espolones, así como, ablación de arterias renales, hasta un máximo de tres (3) sesiones, previa autorización de la Gerencia de Gestión de Salud y que no exceda el límite de las coberturas vigentes por ejercicio económico financiero correspondiente.
42. Los procedimientos quirúrgicos con hospitalización para realizar denervación simpática de arterias renales como tratamiento para hipertensión arterial refractaria a tratamiento médico, insuficiencia renal, infertilidad y disfunciones sexuales para las servidoras y servidores que ampara el presente Condicionado, diabetes, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca; y las terapias biológicas aplicadas en forma ambulatoria, sin hospitalización, incluyendo compra del medicamento, guardando siempre relación con la dosis de administración máximo por tipo de medicamento. Todos estos tratamientos requerirán de la evaluación previa de la Gerencia de Gestión de Salud de "SERSACON" y los costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
43. Tratamiento con bótox y/o biosimilares (incluido el medicamento) en trastornos neurológicos, como secuela del accidente cerebro vascular (ACV), paraparesias y distonías, dermatochalasis y/o párpado redundante, indicado por la médica o el médico especialista en neurología, dermatología y oftalmología, según sea la

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

patología a tratar, previa evaluación por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON, cuyos costos estarán amparados sólo por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.

44. Corrección quirúrgica de las cataratas, pterigión nasal, serán cubiertos por cada globo ocular, sin exceder de las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
45. Control urológico y ginecológico anual: Ampara el costo de los estudios de despistaje y la evaluación por especialista requeridos para el control anual urológico y ginecológico, hasta el monto de las coberturas vigentes. Cada estudio será cubierto de forma individual. El alcance de los estudios incluye: En la mujer: densitometría, mamografía y/o tomomamografía según indicación médica; eco mamario, citología, eco transvaginal o pélvico, laboratorio (perfil 20, examen de orina, perfil hormonal y tiroideo siempre que lo amerite el médico ginecólogo) y su correspondiente evaluación del especialista en ginecología (consulta inicial y/o final). En el hombre: laboratorio (PSA TOTAL y Libre, perfil 20, examen de orina) que incluya pruebas prostáticas, eco transrectal o pélvico y la evaluación por el especialista en urología (consulta inicial y/o final). Los costos estarán amparados por las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
46. Consulta preanestésica y preoperatoria por el diagnóstico o patología que condicionó la intervención quirúrgica sin exceder de las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
47. Los gastos clínicos de curas de patologías crónicas y/o extensas (varicosas, quemaduras, traumatismos, escaras y/o similares), tratamientos (endovenosos, nebulizaciones) realizados en forma ambulatoria indicado por la médica o el médico especialista con el respectivo informe, donde se especifique número de curas por día, material a utilizar y en caso de tratamientos inyectables, días de tratamiento a cumplir y dosis diarias, así como tiempo estimado de tratamiento, sin exceder de las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero

correspondiente.

48. Los gastos clínicos derivados en consultas, como procedimientos de administración de tratamientos e insumos médico quirúrgicos utilizados, debe ser considerado por la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON, hasta el monto máximo de las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero correspondiente.
49. Tratamientos botánicos, homeopáticos, naturistas, medicina botánica y alternativa, siempre que sea indicado por un profesional de la salud, cuya especialidad guarde relación con la patología, que posea registro sanitario autorizado por el Ministerio en competencia en materia de salud.

CAPÍTULO II MATERNIDAD

Artículo 7. La cobertura de maternidad ampara el parto natural o con fórceps, el parto múltiple, la cesárea, el aborto natural o provocado con fines terapéuticos, las consultas de control prenatal, los estudios de imágenes obstétricos complementarios (ecos obstétricos, 3D, 4D, amniocentesis), y las complicaciones del embarazo, siempre y cuando requieran de hospitalización, y cuyo origen haya sido consecuencia directa del proceso mismo de gestación. Esta cobertura es por el ejercicio económico financiero correspondiente, y su monto será determinado por el Plan de Salud, y le serán aplicables gastos razonables.

Artículo 8. Se autorizarán indemnizaciones por concepto de aborto natural o provocado con fines terapéuticos, según la cobertura de maternidad vigente, por el ejercicio económico financiero correspondiente.

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

Artículo 9. La cobertura se aplicará para la servidora pública, y en el caso de la o del titular hombre para su cónyuge, siempre este incluida en su grupo familiar.

Artículo 10. El parto múltiple y/o cesárea de embarazos múltiples, se indemnizará hasta el monto de la cobertura de maternidad en el ejercicio económico financiero correspondiente.

CAPÍTULO III AMBULATORIA

Artículo 11. Se entenderá por cobertura ambulatoria aquellos gastos razonables en que incurran las y los titulares o beneficiarias y beneficiarios, al recibir tratamiento médico como consecuencia de una enfermedad que amerite atención médica. El monto será determinado en el Plan de Salud y será un único monto que abarcará en forma individual, tanto al titular como a su grupo familiar, por el ejercicio económico financiero correspondiente.

Los gastos que comprende esta cobertura son los siguientes:

- a) Honorarios médicos por consulta: comprende los servicios de médicas o médicos y de especialistas que reflejen una patología en el diagnóstico final. Las consultas ginecológicas (incluyendo la citología y el ecosonograma transvaginal o pélvico, (siempre y cuando no sea de control anual). Se incluyen los honorarios por consulta a aquellos profesionales de la salud con grado de Licenciatura, debidamente inscritos y registrados ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y sus entes adscritos, cuya función implique la prestación de servicios de consulta y atención diagnóstica o terapéutica.
- b) se pagarán hasta el monto máximo que determine el baremo interno de "SERSACON".
- c) Control de niños, niñas y adolescentes.
- d) Exámenes de laboratorio, radiografías simples, ecosonogramas, densitometría y

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

mamografías acompañados de la orden e informe médico que reflejen una patología en el diagnóstico final, (siempre y cuando no sean parte de un control anual, estudios preoperatorios o de otra naturaleza que lo amerite).

- e) Consultas Psiquiátricas y/o psicológicas y los exámenes solicitados para complementar estudio del caso, con su respectivo informe médico de la especialidad correspondiente que refleje como diagnóstico alguna patología de las previstas en la clasificación internacional de trastornos mentales, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), décima (10^{ma}) revisión.

CAPÍTULO IV FARMACIA

Artículo 12. Se entenderá por cobertura de farmacia, aquellos gastos razonables en que incurran las y los titulares y beneficiarias o beneficiarios, por concepto de compra de medicinas prescritas por una médica o médico facultativo, que guarde relación con la especialidad y el diagnóstico respectivo.

El monto será determinado por el Plan de Salud y será un monto único que abarcará en forma individual, tanto al titular como a su grupo familiar, por ejercicio económico financiero correspondiente, y hasta agotar la cobertura, según las consideraciones siguientes:

1. Informe médico debe incluir: datos del paciente, diagnóstico que guarde relación con los medicamentos prescritos.
2. Los récipes deben contener los datos completos de la o el paciente (nombres, apellidos y cédula de identidad) y fecha, debidamente firmados por la médica o médico tratante según la especialidad, con su respectivo sello húmedo, número del Colegio de Médicos y del Ministerio con competencia en materia de Salud. En ningún caso se aceptará que los medicamentos facturados excedan en unidades a las prescritas y en los tratamientos por enfermedades crónicas (enfermedades

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

coronarias, cardiovasculares, respiratoria).

3. Gastos clínicos por concepto de material desechable, indispensable para el cumplimiento de los tratamientos indicados por la médica o médico especialista con el respectivo informe médico, donde se especifiquen los tratamientos intramusculares, endovenoso o subcutáneos, días de tratamiento a cumplir y dosis diarias.
4. Los gastos relacionados con la terapia de reemplazo hormonal femenino, se pagarán previa presentación de informe médico emitido por una ginecóloga o ginecólogo y/o endocrinóloga o endocrinólogo, cuya vigencia no exceda de un (1) año.
5. Se amparan los métodos anticonceptivos en cualquier presentación, incluyendo las pastillas anticonceptivas, dispositivos intrauterinos (DIU), anillo vaginal, parche anticonceptivo, inyección hormonal, implante subdérmico, entre otros; únicamente para: La titular femenina asegurada y la esposa del titular masculino asegurado.
6. Los gastos por prescripción de vitaminas y antioxidantes serán pagados previa aprobación de la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON, siempre y cuando el médico especialista considere su uso necesario y este guarde relación directa con su especialidad y el diagnóstico del beneficiario, debiendo presentarse el informe médico justificativo emitido por el o la especialista correspondientes.
7. Los gastos derivados de tratamientos dermatológicos prescritos por una dermatóloga o dermatólogo se cubrirán bajo las siguientes condiciones:
 - Se requiere obligatoriamente la presentación de un informe médico completo y detallado.
 - El informe debe reflejar el diagnóstico de una patología.
 - La indicación terapéutica del tratamiento o medicamento por parte del dermatólogo debe ser clara y precisa y guardar estricta relación con la patología diagnosticada.

Parágrafo Primero: En este sentido, se dará cobertura a las patologías dermatológicas que se enumeran a continuación, con sus respectivos tratamientos, siempre que sea indicado por un dermatólogo:

1. Enfermedades inflamatorias y alérgicas de la piel

- Dermatitis atópica
- Dermatitis seborreica (incluye cuero cabelludo)
- Dermatitis de contacto (alérgica o irritativa)
- Urticaria crónica
- Psoriasis cutánea y del cuero cabelludo
- Verrugas cutáneas benignas, también conocidas como acrocordones o fibromas blandos.

2. Enfermedades infecciosas

- Micosis superficiales (tiña, pie de atleta, onicomycosis, pitiriasis versicolor)
- Candidiasis cutánea
- Molusco contagioso
- Verrugas virales (verruca vulgar, plantar, genital)
- Impétigo y foliculitis bacteriana
- síndrome de mano-pie-boca

3. Enfermedades autoinmunes y crónicas

- Lupus eritematoso cutáneo
- Vitiligo
- Esclerodermia localizada
- Alopecia areata
- Psoriasis

4. Patologías tumorales y precancerosas

- Queratosis actínicas
- Carcinoma basocelular
- Carcinoma epidermoide

- Melanoma (diagnóstico y seguimiento)

5. Trastornos del cabello y cuero cabelludo

- Alopecia androgénica (calvicie común)
- Alopecia difusa por estrés o deficiencias nutricionales
- Dermatitis seborreica del cuero cabelludo
- Psoriasis capilar
- Foliculitis decalvante

Parágrafo Segundo: Se cubren los Champús, jabones y tratamientos tópicos que sean indicados por el dermatólogo, principalmente los que contienen los siguientes ingredientes activos:

- **Champús antimicóticos:** ketoconazol, ciclopirox.
 - **Champús antiseborreicos:** sulfuro de selenio, piritionato de zinc.
 - **Champús queratolíticos:** ácido salicílico, alquitrán de hulla.
 - **Champús medicados para psoriasis:** combinaciones con corticoides tópicos.
 - **Champús suaves hipoalergénicos** para dermatitis atópica o de contacto.
- **Jabones a base de:**
 - **Ácido Salicílico o Glicólico,**
 - **Zinc,**
 - **Azufre,**
 - **Cobre o Pantenol,**
 - **Glicerina,**
 - **Hipoalergénico,**
 - **Avena.**

Parágrafo Tercero: La enumeración de patologías dermatológicas especificadas en el presente artículo, es meramente enunciativa y no taxativa, por lo que podrá cubrirse

cualquiera otra patología dermatológica que esté debidamente diagnosticada, mediante informe médico elaborado por la dermatóloga o dermatólogo correspondiente.

CAPÍTULO V OFTALMOLOGÍA

Artículo 13. Se entenderá por cobertura de oftalmología, aquellos gastos razonables en que incurran las o los titulares y beneficiarias o beneficiarios, por concepto de compra de Montura y fórmula de lentes correctivos, prescritas por una oftalmóloga u oftalmólogo, con indicación del diagnóstico respectivo. El monto será determinado por el Plan de Salud y será un monto único que abarcará en forma individual, tanto al titular como a su grupo familiar, por el ejercicio económico financiero vigente, según las consideraciones siguientes:

- a) Informe médico prescrito por una o un especialista en oftalmología que incluya la fórmula vigente del lente.

CAPÍTULO VI ODONTOLOGÍA

Artículo 14. Se entenderá por cobertura de Odontología, aquellos gastos razonables en que incurran las o los titulares y beneficiarias o beneficiarios, por concepto de gastos por procedimientos odontológicos (limpiezas, extracciones, resina, tratamiento de conducto y/o similares, radiografías panorámicas y apicales, así como aquellos tratamientos o intervenciones menores que pudieran comprometer la salud bucal de la o el paciente) no derivados por accidentes, realizados por una odontóloga u odontólogo, con indicación del diagnóstico respectivo. El monto será determinado por el Plan de Salud y será un

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

monto único que abarcará en forma individual, tanto al titular como a su grupo familiar, en el ejercicio económico financiero vigente, según las consideraciones siguientes:

- a) Informe odontológico expedido por la o el especialista respectivo que incluya el diagnóstico que indique la realización del procedimiento.

TÍTULO III

TITULAR Y BENEFICIARIAS O BENEFICIARIOS

Artículo 15. La o el titular podrá incluir como beneficiaria o beneficiario, siempre que consigne el documento idóneo que compruebe el parentesco:

- a) A su cónyuge o concubina (o), sin límite de edad.
- b) A las hijas e hijos solteros hasta los 18 años de edad, pudiendo extenderse hasta los 25 años de edad, siempre que cursen estudios en niveles superiores y dependan económicamente de la o el titular.
- c) A las hijas e hijos con discapacidad física o mental, congénita o adquirida, sin límite de edad, siempre que su discapacidad haya sido registrada inmediatamente en la Contraloría General de la República.
- d) A los padres, sin límite de edad.

Artículo 16. Los plazos para la inscripción en los planes de salud que ofrece "SERSACON" son los siguientes:

- a) La o el titular formalizará su inscripción a la fecha de su ingreso, sin embargo, podrá hacer uso del Plan de Salud, luego de transcurridos 30 días continuos a su afiliación.
- b) La o el titular activo formalizará la inscripción de sus familiares como beneficiarias o beneficiarios ante "SERSACON" dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha de su ingreso a la Contraloría General de la República o sus entes

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

adscritos, o bien a la fecha de haber nacido la relación familiar, sin embargo, las beneficiarias o beneficiarios podrán hacer uso del Plan de Salud, luego de transcurridos 30 días continuos desde la fecha de ingreso de la o el titular a la institución.

- c)** Las hijas e hijos recién nacidos serán incluidos como beneficiarias o beneficiarios inmediatamente y se formalizará su inscripción mediante la consignación del respectivo certificado o acta de nacimiento, dentro de los treinta (30) días continuos a partir de la fecha de su nacimiento y de presentárseles cualquier siniestro en el transcurso de este lapso, gozarán de cobertura y los gastos serán cargados al Plan de salud correspondiente.

TÍTULO IV PLAZOS DE ESPERA

Artículo 17. De no cumplirse con los requisitos establecidos en el artículo 16, se aplicarán los lapsos de espera que se mencionan a continuación:

- a)** En casos de enfermedades crónicas que ameriten hospitalización o intervenciones quirúrgicas de forma electiva, un plazo de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de afiliación, sin perjuicio que, de acuerdo a la gravedad de la patología, pueda fijarse un lapso menor o suprimirse dicho lapso, previo análisis de la Gerencia de Gestión de Salud y aprobación de la Presidencia de "SERSACON".
- b)** En casos de hernias, cálculos de vías biliares y renales, así como enfermedades oculares crónicas previamente diagnosticadas, que ameriten hospitalización o intervención quirúrgica de forma electiva; un plazo de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de afiliación, sin perjuicio que, de acuerdo a la gravedad de la patología, pueda fijarse un lapso menor o suprimirse el mismo, previo análisis de la Gerencia de Gestión de Salud y aprobación de la Presidencia de "SERSACON".

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

- c) Se cubrirán embarazos, luego de transcurrido un plazo de diez (10) meses contados a partir de la fecha de afiliación y en caso de aborto natural o provocado con fines terapéuticos, un plazo de tres (3) meses.
- d) En casos de cirugías ginecológicas electivas, un plazo de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de afiliación.

Artículo 18. La o el titular y sus beneficiarias o beneficiarios dejarán de recibir el servicio de los Planes de salud en los casos siguientes:

- a) Terminación de la relación laboral o funcional.
- b) Fallecimiento del titular o beneficiario.
- c) Cuando la o el titular solicite la exclusión de un familiar. (Divorcio o terminación del concubinato)
- d) Hijas e hijos, al superar la edad límite establecida en el literal b) del artículo 15.

Artículo 19. La o el titular, la beneficiaria o beneficiario o algún tercero que obre por cuenta de aquellos, con la finalidad de obtener el beneficio de asistencia médica, suministren alguna declaración falsa, simulen u omitan información, se nieguen a determinadas evaluaciones, estudios o requerimientos, dará lugar a su inmediata exclusión de los servicios de salud integral de forma permanente. Si el responsable es la o el titular, se procederá a notificar el hecho a la Contraloría General de la República o al ente adscrito según corresponda, a los fines que se apliquen las sanciones administrativas correspondientes y, en todo caso, se notificará a las autoridades competentes, a los fines del inicio de la investigación pertinente. Igualmente quedará excluido de los servicios de salud, el titular que habiendo recibido en su cuenta el pago de un monto superior al solicitado mediante reembolso de gastos médicos y no reintegre la diferencia a esta Fundación en un lapso no mayor de 24 horas, contadas a partir del momento en que se percate de tal situación o desde el momento en que le sea requerido.

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

Artículo 20. En el caso en que ambos cónyuges o hermanos trabajen en la Contraloría General de la República o en algunos de los entes adscritos, podrán optar por las siguientes alternativas:

- a) Los cónyuges o concubinos titulares, podrán incluir a sus respectivos padres, pero sólo uno de ellos podrá inscribir a las hijas e hijos habidos en común. Si alguno de ellos termina la relación laboral con la Contraloría General de la República o con los entes adscritos, la o el titular que permanezca en la Institución, podrá inscribir a su cónyuge o concubino egresado, así como a sus hijas e hijos comunes, en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos siguientes a la fecha del cese laboral. En caso de no formalizar la inscripción durante el mencionado lapso, se aplicarán los plazos de espera previstos en el artículo 21.
- b) Si se trata de hermanos que trabajen en la Contraloría General de la República o sus entes adscritos, sólo uno de ellos podrá inscribir al padre y a la madre. Si alguno de ellos termina la relación laboral con la Contraloría General de la República o sus entes adscritos, el hermano que permanezca en la Institución podrá inscribir al padre y a la madre, en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos siguientes a la fecha del cese laboral. En caso de no formalizar la inscripción durante el mencionado lapso, se aplicarán los plazos de espera previstos en el artículo 21.

Artículo 21. En caso de existir padres de funcionarias o funcionarios que ostenten además la condición de jubilada o jubilado, sólo podrán obtener el beneficio en ejercicio de uno sólo de sus derechos, ya sea como titular jubilada o jubilado o como beneficiaria o beneficiario.

TÍTULO V

POLÍTICAS GENERALES DE USO

CAPÍTULO I

CLAVES TELEFONICAS

Artículo 22. Las o los titulares y beneficiarias o beneficiarios que requieran consultas médicas en un centro de salud con el uso de su cobertura ambulatoria, podrán acudir a las clínicas que mantienen convenio con "SERSACON", para lo cual deberán presentar su cédula de identidad y/o carnet.

Artículo 23. Las claves telefónicas a las clínicas afiliadas a "SERSACON", se tramitará a través de las líneas telefónicas 0212-508-3134 y 0212-508-3150, dentro de los límites de la cobertura ambulatoria.

CAPÍTULO II

CARTA COMPROMISO

Artículo 24. Se otorgará la carta compromiso una vez realizada la evaluación y análisis correspondiente por parte de "SERSACON". Ante la imposibilidad de tramitar la carta compromiso, el caso será tramitado por vía del reembolso según las condiciones establecidas en el presente Condicionado. Los montos no amparados en el presupuesto o en la factura final serán cubiertos por la o el titular.

Artículo 25. La carta compromiso será emitida en un lapso de tres (3) días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de recepción de todos los recaudos necesarios para su emisión, y el beneficiario deberá tener la cita previa.

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

Artículo 26. Los recaudos para la emisión de la carta compromiso son los siguientes:

- a)** Informe médico no mayor a seis (6) meses donde se especifique el diagnóstico y el tratamiento a seguir, debidamente suscrito por la médica o el médico tratante, con su número de cédula de identidad, su número del Colegio de Médicos y del Ministerio con competencia en materia de salud.
- b)** Resultados de exámenes y/o imágenes (informadas) no mayor a 6 meses, que avalen el diagnóstico.
- c)** Presupuesto vigente de la clínica y/o casa comercial a nombre de "SERSACON", en aquellos casos donde se amerite y detallando cada uno de los gastos.

Artículo 27. A los fines de la emisión de la carta compromiso, la Gerencia de Gestión de Salud se reserva el derecho de solicitar a la o al titular cualquier otro documento, examen o la práctica de evaluaciones médicas que a su juicio considere necesario, para determinar la veracidad de la patología.

Artículo 28. La carta compromiso tendrá vigencia de quince (15) días continuos, contados a partir de la fecha de emisión y fenecerá el 31 de diciembre del ejercicio económico financiero en curso. Si la carta compromiso fue utilizada para fines diferentes a los originalmente solicitados, se anulará automáticamente y "SERSACON" quedará eximida de toda obligación asumida por la o el titular o beneficiaria o beneficiario.

Artículo 29. La carta compromiso será re-fechada dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de su vencimiento, si la o el titular presenta un escrito con sus soportes respectivos en el que justifique las causas por las cuales se aplazó la cirugía o el estudio.

**CAPÍTULO III
PAGOS CONTRA REEMBOLSO**

Artículo 30. Para el pago de las indemnizaciones correspondientes a gastos médicos asistenciales, la o el titular deberá presentar los siguientes recaudos:

- a) Las facturas pagadas a nombre de la o el titular o beneficiaria o beneficiario, mayores de edad cedulados. Las facturas deben presentarse con: membrete, número de control, número de R.I.F. y demás requisitos establecidos en la providencia de normas generales de emisión de facturas y otros documentos dictados por el Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (S.E.N.I.A.T.), con sello húmedo del médico tratante, número del Colegio de Médicos y del Ministerio con competencia en materia de salud.
- b) Informe médico con vigencia no mayor a doce (12) meses para el pago de medicinas por tratamientos prolongados crónicos.
- c) Informe médico por cada consulta para el pago de consultas médicas.
- d) En caso de requerir reembolsos para una subespecialidad médica, la o el titular o beneficiaria o beneficiario deberá anexar la referencia respectiva a dicha subespecialidad.
- e) En el caso de los siniestros ocurridos en el extranjero, solo en lo que respecta a gastos que requieran el uso de área de emergencia u hospitalización, así como tratamientos para enfermedades agudas según análisis de la Gerencia de Gestión de Salud de Sersacon, si la factura es superior a 46 M.M.V., el titular deberá presentar a la Fundación toda la documentación tales como facturas canceladas, informe médico u otros legalmente traducidos en el idioma castellano y debidamente sellados por la Embajada o Consulado respectivo. En aquellos casos cuyos montos facturados sea menor a 46 M.M.V., el titular deberá presentar a la Fundación, la misma documentación, pero sin traducción ni apostillamiento. En cualquiera de los casos, la notificación del siniestro deberá efectuarse dentro

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

de un plazo no mayor a quince (15) días hábiles de haber ocurrido el mismo.

- f) Los reembolsos de facturas por compras de medicamentos no se autorizarán si la cantidad de tratamiento otorgado por ejercicio económico financiero correspondiente excede de lo prescrito en el r cipe médico, aplicable en tratamientos oncológicos.
- g) Resultados de los exámenes realizados, tales como; laboratorios, imágenes informadas, biopsias, entre otros, que guarden relación con el diagnóstico y la especialidad médica solicitada.
- h) En cualquier caso, de reembolso, debe acompañarse copia de la cédula de identidad y/o carnet institucional del titular, así como copia de cédula de identidad del beneficiario, y en caso de no poseerla, deberá consignar copia de la partida de nacimiento.
- i) Cualquier otro documento que a juicio de "SERSACON" sea necesario para analizar la solicitud de reembolso.

Artículo 31. Si la solicitud de reembolso es a consecuencia de un accidente, deberá venir acompañada de una carta narrativa de los hechos y si fuere el caso, de la denuncia interpuesta ante los órganos competentes del Estado.

Artículo 32. Los recaudos deben ser consignados ante la recepción de la Gerencia de gestión de Salud de SERSACON.

Artículo 33. De existir la prestación del servicio por una empresa de seguros, la o el titular deberá presentar toda la documentación anterior incluyendo el "finiquito con el sello de indemnización de la empresa aseguradora".

Artículo 34. Toda solicitud de reembolso que no venga acompañada de la documentación requerida para su tramitación, será rechazada por escrito. El plazo para

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

la presentación de recaudos faltantes o adicionales solicitados, será de diez (10) días hábiles a partir de la fecha de su notificación; en caso de no consignarlos, o de haber sido presentados, los mismos resultaren dudosos, ilegales o insuficientes, el reembolso no será indemnizado y no será reconsiderado ni tampoco se podrá solicitar una subvención económica.

Artículo 35. El plazo administrativo para presentar la solicitud de reembolso es de noventa (90) días continuos, contados a partir de la fecha en que se facturaron los gastos del siniestro y/o tratamiento médico; si por algún caso se presenta la excepción deberá ser evaluado por la Gerencia de Gestión de Salud y autorizado por parte de la Presidencia. No obstante, la fecha límite definitivo e improrrogable para la recepción de solicitudes será el cierre del ejercicio económico financiero correspondiente al momento en que se generó el gasto. Se considerará extemporáneo y, por lo tanto, no indemnizable, únicamente el trámite que se presente después del cierre de dicho ejercicio económico.

Artículo 36. El pago de los reembolsos se realizará en un lapso de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha de su solicitud y se le aplicarán gastos razonables.

Artículo 37. El plazo para interponer las reconsideraciones de reembolsos es de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de la notificación (por correo electrónico y/o vía telefónica) de rechazo a la o al titular. El pago de los reembolsos reconsiderados a favor de la o el titular, se realizará en un lapso de treinta (30) días hábiles siguientes a la interposición de su reconsideración.

Artículo 38. Los gastos derivados de tratamientos dermatológicos prescritos por una dermatóloga o dermatólogo se cubrirán. Además, quedarán cubiertas las lesiones en piel que ameriten biopsia, previa evaluación y autorización de la Gerencia de Gestión de

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

Salud, cuyos gastos estarán ajustados al monto máximo determinado por Junta Directiva de "SERSACON", sin exceder en ningún caso de las coberturas vigentes, por diagnóstico y por el ejercicio económico financiero correspondiente.

Artículo 39. Se cubrirá el uso de medias de compresión antiembólicas en postoperatorio Inmediato, y en pacientes con insuficiencia arterial y venosa de miembros inferiores, claudicación intermitente, arteriopatía obstructiva y TVP, indicados por médico cirujano especialista cardiovascular y/o cardiólogo.

Artículo 40. En caso de reembolsos de intervenciones quirúrgicas electivas, se requerirá antes de la cirugía, los resultados de todos los paraclínicos, biopsias, estudios y soportes de imágenes y laboratorios, informe médico y/o cualquier otro requisito que avalen el procedimiento quirúrgico a realizar, además de la evaluación médica por parte de la Coordinación Médica de Sersacon antes de su realización, y en caso de no cumplir con este requisito y/o cualquier otro solicitado se rechazará el reembolso y el caso no será reconsiderado. Posterior a la cirugía deberá consignar la factura original de la clínica con los respectivos desgloses de material médico quirúrgico utilizado, la factura de la casa comercial si fuere el caso, el informe médico de la cirujana o cirujano que realizó la intervención con su respectivo sello húmedo, hoja de anestesia, evaluación preanestésica y hoja de quirófano.

Las beneficiarias o beneficiarios domiciliados en el interior del país podrán enviar estos documentos por correo electrónico dirigido a "SERSACON" a la siguiente dirección salud.sersacon@cgr.gob.ve, con copia a presidencia.sersacon@cgr.gob.ve y vice.sersacon@cgr.gob.ve e igualmente se les podrá solicitar la evaluación médica con anticipación.

En caso de no cumplir con lo previsto en este artículo, se rechazará el reembolso y no será reconsiderado y tampoco se podrá solicitar una subvención económica adicional a

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

lo aprobado. Si se aplicó gastos razonables a los honorarios médicos y/o materiales especiales médico quirúrgicos, la o el titular no podrá solicitar el reembolso de los gastos excedentes aun cuando disponga de cobertura.

Artículo 41. La colocación de tratamientos ambulatorios en el hogar, cuidados domiciliarios y/o atención médica y de enfermeras en el hogar, se pagarán hasta el monto máximo de las coberturas vigentes en el ejercicio económico financiero vigente, que determine la Junta Directiva de "SERSACON", aplicando los gastos razonables.

TÍTULO VI

REFERENCIAS MÉDICAS, PROVEEDORES MÉDICOS Y OTRAS GENERALIDADES.

CAPÍTULO I

REFERENCIAS MÉDICAS

Artículo 42. A los fines de tramitar una referencia para una consulta médica de especialidades básicas, la o el titular o beneficiaria o beneficiario le indicará al analista de la Unidad de Atención a la Afiliada o Afiliado de la Gerencia de Gestión de Salud de "SERSACON" su motivo de consulta. En caso de requerir referencia para una subespecialidad médica, la o el titular o beneficiaria o beneficiario consignará informe médico y referencia para la subespecialidad a solicitar. Aquellos pacientes que ya tengan en su historial diagnóstico confirmado, se le otorgará su respectiva referencia.

Artículo 43. Para solicitud de exámenes de laboratorio, imágenes y ultrasonidos, la o el titular o beneficiaria o beneficiario consignará el informe médico y orden de estudio a realizar que guarden relación con diagnóstico y la especialidad médica solicitante. Cuando se realice la mamografía especializada (magnificación, focalización, entre otros),

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

o cuando deba repetirse este examen antes del año de haberse realizado dicho estudio, y en consecuencia consignará el informe médico que especifique diagnóstico y condiciones especiales para la orden médica.

Artículo 44. Una vez emitida la referencia médica, tendrá una vigencia de quince (15) días continuos contados a partir de la fecha de su emisión y caducará el último día del mes en que fue emitida. De no ser utilizada, deberá ser devuelta a "SERSACON" en original para su respectiva anulación y desbloqueo del monto en el sistema, acompañada con carta explicativa.

Artículo 45. Para hacer uso de la referencia médica, la o el titular o beneficiaria o beneficiario deberá dirigirse al centro de salud asignado con la copia de la cédula de identidad y/o carnet de la o el titular y/o beneficiaria o beneficiario, según sea el caso.

CAPÍTULO II PROVEEDORES MÉDICOS

Artículo 46. Los Proveedores Médicos prestarán sus servicios profesionales en la especialidad o subespecialidad respectiva, cuando alguno de las beneficiarias o beneficiarios de "SERSACON" así lo requieran. La inclusión de los Proveedores Médicos será aprobada por la Presidencia de "SERSACON", estableciéndose una relación directa, normada a través de este Condicionado y el Baremo Interno. Los gastos estarán amparados por el plan de salud hasta el monto determinado por la Junta Directiva de "SERSACON".

**CAPÍTULO III
OTRAS GENERALIDADES**

Artículo 47. Los listados de clínicas de Atención Primaria de Salud (APS) que prestan servicio a SERSACON se encuentran disponibles en la intranet.

**TÍTULO VII
EXCLUSIONES**

Artículo 48. Las patologías y los siniestros excluidos son los siguientes:

1. Exámenes médicos y de laboratorios con fines de diagnósticos, no indicados por la médica o médico tratante.
2. Abortos provocados sin fines terapéuticos.
3. Aplicaciones de vacunas correspondientes al esquema de inmunizaciones para niños, niñas y adolescentes vigente en Venezuela y que se encuentren disponibles en el sistema de salud pública. Igualmente se excluye la aplicación de cualquier vacuna que no esté indicada por el médico especialista correspondiente.
4. Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones, así como del Virus Papiloma Humano (V.P.H) y SIDA, que no estén en control por infectología.
5. Procedimientos de ortodoncia y estudios radiológicos con excepción de la establecida en el artículo 6 numeral 5 y 6.
6. Servicios optométricos y habilitación de lentes extraoculares, indicados por el optometrista.
7. Accidentes sufridos bajo efectos del alcohol y/o uso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas o medicamentos no prescritos por un médico legalmente autorizado e inscrito en el Ministerio con competencia en salud.
8. Lesiones sufridas por participar en hechos delictivos, duelos o riñas callejeras,

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

alteraciones del orden público, motines, insurrecciones, disturbios, conmoción civil, rebeliones, tumultos, huelgas, actos terroristas, entre otros.

9. Tratamientos para el alcoholismo, tabaquismo y el uso de sustancias estupefacientes.
10. Cirugía plástica ni tratamientos cosméticos, a menos que la intervención o tratamiento sean necesarios a consecuencia de una enfermedad maligna o accidente.
11. Mastoplastia reductora o de aumento con fines estéticos.
12. Correcciones quirúrgicas estéticas de orificios anatómicos no naturales, tatuajes y modificaciones corporales.
13. Tratamientos o atención médica proporcionados por un médico o enfermera con parentesco de primer grado de consanguinidad o afinidad con la o el titular.

Artículo 49. "SERSACON" no cubrirá aquellos gastos netamente administrativos (sin justificación médica) en que incurra la o el titular o beneficiaria o beneficiario, al recibir algún servicio médico asistencial y que tengan relación con los siguientes conceptos o similares:

- a) Estacionamiento.
- b) Fuente de soda (alimentos y bebidas).
- c) Servicio de vigilancia.
- d) Productos de Limpieza.

TÍTULO VIII DISPOSICIONES FINALES

Artículo 50. Excepcionalmente, la Presidencia de "SERSACON", en ejercicio de las atribuciones conferidas por los Estatutos Sociales, Reglamento Interno y conforme a la normativa vigente en materia de salud, atendiendo a circunstancias excepcionales y con

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

el objeto de garantizar la protección integral de sus afiliados, previa evaluación técnica y administrativa de cada caso, tendrá la facultad discrecional de autorizar la cobertura de patologías, tratamientos, procedimientos o siniestros que no se encuentren expresamente previstos en las condiciones generales o particulares del presente Condicionado, mediante punto de cuenta aprobado por la Junta Directiva.

La decisión adoptada bajo estas condiciones será definitiva, individual y no generará precedente obligatorio para otros asegurados o siniestros, reservándose “SERSACON” el derecho de evaluar cada caso particular de manera independiente.

Artículo 51.- Además de las condiciones especificadas anteriormente, la beneficiaria o beneficiario podrá solicitar a la Gerencia de Gestión de Salud de SERSACON, por escrito y debidamente justificado, la aplicación de condiciones especiales para la cobertura de un gasto médico específico cuando este involucre la necesidad de combinar o unir fondos y/o montos de diferentes coberturas establecidas en el Plan de Salud, sin exceder en ningún caso del monto disponible en dichas coberturas por el ejercicio económico financiero vigente.

Dicha solicitud se considerará de manera excepcional y estará sujeta al siguiente proceso de aprobación:

- **Análisis Técnico:** La Gerencia de Gestión de Salud realizará la previa revisión del expediente médico y económico, emitiendo un informe técnico sobre la viabilidad y pertinencia de la aplicación de la condición especial solicitada.
- **Aprobación Final y Presupuesto:** La solicitud de condiciones especiales, junto con el informe técnico de la Gerencia de Gestión de Salud, deberá ser elevada y aprobada por la Presidencia de la Fundación. La aprobación final estará supeditada a la verificación y confirmación de la disponibilidad presupuestaria y financiera de SERSACON.
- La aprobación de condiciones especiales por parte de la Presidencia se aplicará

Condicionado de Salud Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON)

únicamente al evento médico específico para el cual fue autorizada y no establecerá un precedente para futuras solicitudes similares.

Artículo 52. Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse del presente Condicionado, se fija como domicilio único y especial la ciudad de Caracas, a la jurisdicción de cuyos tribunales, con exclusión de cualquier otro, declaran las partes someterse.

Artículo 53. Lo no previsto en el presente Condicionado será resuelto por la Junta Directiva de SERSACON, mediante punto de cuenta.

Artículo 54. El presente Condicionado entrará en vigencia a partir de su aprobación por parte de la Junta Directiva de la Fundación para los Servicios de Salud y Previsión Social de la Contraloría General de la República (SERSACON).

Dado en la ciudad de Caracas, a los veintidós (22) días del mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025).



JUNTA DIRECTIVA DE SERSACON

YARITZA ISABEL ARIAS

Presidenta (E)

RINA GUERRERO

HERNANDO CRUZ

MARLENE URBINA

JULIO MENDOZA