



TÉRMINOS Y CONDICIONES DE PAQUETES QUIRÚRGICOS DE MATERNIDAD

- Aplica a médico especialista en ginecología y obstetricia además del equipo quirúrgico completo credencializado en el HST.
- Aplica el contenido mencionado en la publicidad del paquete adquirido (parto o cesárea).
- Aplica en embarazo normo evolutivo (37 a 42 semanas de gestación).
- Cumplir con el **“Formato de evaluación prenatal”** requisitado y firmado con nombre completo, título y cédula profesional del médico especialista en ginecología y obstetricia (médico tratante) antes o al momento de su ingreso.
- Aplica solo para pacientes particulares (no pago directo o reembolso con seguros de gastos médicos mayores).
- Aplica solo si antes o al momento de su ingreso al hospital se encuentre cubierto al 100% el pago del paquete quirúrgico de maternidad (parto o cesárea).
- Aplica solo para procedimientos electivos o programados.

RESTRICCIONES:

- No incluye honorarios médicos.
- Complicaciones médicas de la mamá y/o el bebé (antes, durante y posterior al parto o cesárea).
- Si al momento de realizar el Triage obstétrico (al ingreso al hospital) se clasifica como **“código amarillo o rojo”** se cancelará el paquete a pesar de haber cumplido al 100% con el pago anticipado y se informará inmediatamente a familiar responsable y/o médico tratante (Ginecología y obstetricia).
- Enfermedades o comorbilidades pre existentes descontroladas al momento de su ingreso.
- Embarazo gemelar.
- Estudios auxiliares de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
- Sangre y/o hemoderivados.
- Procedimientos médico-quirúrgicos adicionales que no estén especificados en el paquete adquirido.
- Reembolso de materiales, insumos y medicamentos.
- No se hacen devoluciones de apartado de paquetes de maternidad.
- No se aceptan cancelaciones de paquete de maternidad (parto o cesárea) de hacerlo tendrá una penalización del 100% sobre el apartado.

Manifiesto que acepto los términos y condiciones contenidos en el presente documento.

Querétaro, Qro. a _____ de _____ del año _____.

Nombre completo y firma
Paciente

Nombre completo y firma
Familiar y/o responsable

