



## 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).
- El paquete quirúrgico de maternidad (parto o cesárea) deberá ser liquidado al 100% con 2 semanas de anticipación a la fecha probable de parto o cesárea.
- Aplica solo para procedimientos electivos o programados.

***\*Todo material, insumo o medicamento indicado por el médico tratante fuera del paquete quirúrgico generará costo extra\*.***

### **RESTRICCIONES:**

- No incluye honorarios médicos.
- No aplica en complicaciones médicas de la mamá y/o el bebé (antes, durante y posterior al parto o cesárea).
- No aplica 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).
- No aplica en enfermedades o comorbilidades pre existentes descontroladas al momento de su ingreso.
- No aplica en embarazo gemelar.
- No incluye estudios auxiliares de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
- No aplica en transfusiones y/o hemoderivados.
- No aplica en procedimientos médico-quirúrgicos adicionales que no estén especificados en el paquete adquirido.
- No se hará 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

