




AVISO IMPORTANTE ORIENTACION PARA AGENTE

RECLAMACIONES DE GASTOS MÉDICOS

Muy estimado Agente, te invito a leer este pequeño resumen que te llevará de 4 a 5 minutos, que podrá ahorrar a tu Asegurado mucho dinero, contratiempos y disgustos.



Estimados compañeros: Dentro de las reclamaciones de GM que nuestros Asegurados nos presentan, hay que considerar -entre otras cosas- lo siguiente para que la reclamación resulte favorable para nuestros Asegurados y por consiguiente para nosotros.


Antes que nada, puede ser que el Asegurado —por su situación o la de su familia— esté nervioso y nos presiones para que le demos respuestas rápidas... Es muy importante mantener la calma, y no actuar precipitadamente. Sin embargo, nos corresponde explicarle claramente que se debe hacer, para que su reclamación prospere lo mejor posible. Si aún no tenemos la información completa (Por ejem. convenios con hospitales y médicos), debemos conseguirla de inmediato y comunicársela al Asegurado a la brevedad.

Anexo les comparto este **RESUMEN DE 5 PUNTOS**, que a nuestro juicio pueden ser relevantes para ayudar a nuestros Asegurados en sus reclamaciones de GM:

1.- Checar que la póliza esté en **vigor, pagada y aplicada** a la hora en que sucedió el siniestro.

2.- Siempre — como regla general—, **HAY QUE PROGRAMAR LA CIRUGÍA O EL TRATAMIENTO MÉDICO** (lo cual se lleva de 5 a 7 días hábiles), de lo contrario pudiera **NO OPERAR EL PAGO DIRECTO EN EL HOSPITAL**. Así mismo, es esencial saber que para que funcione el PAGO DIRECTO, el Asegurado deberá permanecer al menos 24 horas internado en el hospital. Es importante conocer y seguir estas reglas, porque de no hacerlo, podría afectar económicamente el bolsillo de nuestro Cliente, pues tendría que pagar la cuenta total en el hospital y después realizar la reclamación a la Aseguradora por el sistema de reembolso... Como sabemos, si la Aseguradora cuenta con los documentos completos y todo está bien, tardará aprox. de 2 a 3 semanas en realizar el pago correspondiente.

La excepción a la regla anterior sería que se trate de una URGENCIA MÉDICA, ya sea por accidente o enfermedad (Por ejem. COVID, apendicitis, infarto, derrame, etc.), y en ese caso, lo recomendable es presentar de inmediato en el módulo de la aseguradora que está en el hospital, los documentos necesarios (**aviso de Accidente o Enfermedad, Cuestionario del Médico tratante en donde se especifique claramente el diagnóstico, así como, los estudios realizados, interpretaciones, procedimiento de intervención quirúrgica, notas postquirúrgicas de la operación, etc.**), para tratar de obtener la autorización de PAGO DIRECTO antes del alta del paciente. De lo contrario, habría que pagar la cuenta total en el hospital y la reclamación sería por reembolso.



3.- El Asegurado debe de elegir el Hospital en donde desean atenderse y checar por Internet o con su Agente, **si este está en Convenio y corresponde al nivel de su Plan Contratado.** De no hacerlo, podrá ser acreedor a una sanción económica por parte de la Aseguradora. Por ejem., pago de doble coaseguro, adicionalmente al contratado.

4.- **Los Médicos elegidos por el Asegurado deberán estar en convenio con la Aseguradora y ajustarse al tabulador de ella**, para prevenir sorpresas negativas en los tabuladores de honorarios médicos y evitar que se paguen diferencias... Esto lo deben de negociar los Asegurados antes de la cirugía o tratamiento, con cada médico que los atienda...

Hay Médicos y hospitales “vetados” por las Aseguradoras, los cuales afectarán negativamente el resultado de la reclamación... **Al programar la cirugía nos informará la Aseguradora, si es el caso.**

5.- Hay que advertir a nuestros Asegurados que **hay padecimientos EXCLUÍDOS por las condiciones generales de las pólizas, por lo que no serán cubiertos.** Por ejem., padecimientos congénitos, padecimientos preexistentes a la contratación inicial de la póliza o rehabilitación, padecimientos sujetos a periodos de espera, etc. Además— en caso de que la reclamación sea procedente— , **nunca se recuperará el 100% de los gastos erogados**, ya que por lo general se incurre en gastos no procedentes descritos en el contrato, los cuales las Aseguradoras descontarán de la cuenta. Por ejem., sanciones por hospitales y médicos fuera de convenio o del plan contratado, gastos, pruebas, estudios, medicamentos, etc., no procedentes por no estar cubiertos o no estar relacionados con el padecimiento, el deducible y coaseguro contratado, ajustes en los tabuladores médicos, descubrimientos de otros padecimientos en las cirugías (lo cual implica el pago de otro deducible, ya que se paga uno por cada padecimiento diferente).

Por último... Puede ser esencial para obtener un mejor servicio, que el Asegurado instale en su celular la **App de la Aseguradora**, para que investigue oportunamente qué hospitales y médicos están en convenio para su plan y que deducible y coaseguro tiene su póliza.

NOTA: Es sumamente importante conocer y mantenerse actualizado en todos los productos que vendemos, así como el preguntar oportunamente en las Aseguradoras si tenemos alguna duda, ya que las aseguradoras pueden cambiar sin previo aviso los planes, los niveles hospitalarios, los médicos de convenio, etc., y si no nos actualizamos oportunamente posiblemente perjudicaremos a nuestros Asegurados.

NOTA FINAL: Mantente en contacto periódicamente con tu Cliente durante la reclamación, él necesita que lo orienten y retroalimenten de los que está sucediendo.