




INFORMACION IMPORTANTE

ORIENTACION
PARA EL
ASEGURADO

RECLAMACIONES DE
GASTOS MÉDICOS



MUY ESTIMADO ASEGURADO, TE INVITO A LEER ESTE PEQUEÑO RESUMEN QUE TE LLEVARÁ DE 4 A 5 MINUTOS Y QUE TE PODRÁ AHORRAR MUCHO DINERO, CONTRATIEMPOS Y DISGUSTOS.


Como Agente de Seguros, me interesa mucho que, en caso de requerirlo, puedas sacar el mayor provecho posible a tu seguro de **gastos médicos mayores**, así que, por este medio, me permito hacerte **CINCO** sugerencias para tratar de llevar a resultados favorables las reclamaciones presentadas.

---SUGERENCIAS---

1.-Comunícale a tu Agente de Seguros **oportunamente** tus necesidades de atención médica... El sabrá orientarte.

2. Revisa que la póliza esté **renovada, pagada y aplicada a la hora en que sucedió el siniestro.**

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

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

5.- **A los Médicos elegidos por Uds. deberán preguntarles si están en convenio con la Aseguradora y si se ajustan al tabulador de ella.** Lo anterior, para prevenir sorpresas negativas en los tabuladores de honorarios médicos y evitar que se paguen diferencias... Esto lo deben de negociar Uds. 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.**



Es importante saber que **hay padecimientos EXCLUÍDOS por las condiciones generales de las pólizas, por lo que no serán cubiertos.** Por ejemplo, padecimientos congénitos, padecimientos preexistentes a la contratación inicial ó rehabilitación de la póliza, 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), etc.

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

NOTA FINAL: Durante todo el proceso **sigue en contacto con tu Agente**, para que estés pendiente del desarrollo de la reclamación.

: