

Procedimiento para atención de Asegurados de Escuelas del Gobierno del Distrito Federal.

Procedimiento para atención médica.

1) Al presentarse un incidente con un asegurado, será canalizado a la UNIDAD MÉDICA para recibir las atenciones correspondientes al tipo de lesión que presente, la documentación que deberá entregar el responsable por parte de la escuela en el área de urgencias del hospital es:

- Aviso de accidente. (Debidamente complementado, firmado y que contenga número de póliza).

ANEXO 1

- Identificación del alumno perteneciente al ciclo escolar vigente o en su defecto constancia de estudios emitida por parte de la institución firmada y sellada.

- Copia de la Identificación oficial del responsable del menor.

2) Una vez recabada esta información, LA UNIDAD MÉDICA, se comunicara a los teléfonos (01-800)-400 99 11 o al 53773959, procediendo a reportar con el personal de Contact Center, al lesionado y su posible lesión. Contact Center otorgará un número de reporte. Favor de guardar este número en el expediente.

3) Se procederá a capturar la información en el sistema de registro WEB en la dirección:

registro.medicavial.com.mx

4) Se procede a brindar atención médica al lesionado, llenando los formatos de Médicavial:

- Nota médica de Médicavial con firmas del médico tratante y del responsable o tutor.
- Informe médico de THONA con firmas del médico y tutor. **ANEXO 2 (NOTA: aquellos campos que sean administrativos, favor de dejarlos en blanco).**
- Cuestionario de atención.

5) En caso de que el lesionado requiera de una atención más allá de la ambulatoria, la unidad médica, deberá llamar a la coordinación médica de Médicavial, para solicitar la salida de paquete ambulatorio y seguir indicaciones al respecto. Así mismo, deberá enviar soporte escrito al correo: coordmed@medicavial.com.mx y los Teléfonos son los siguientes:

(55) 55 14 47 00 ext. 320 y 321 o al (01800) 3 63 34 22 o al (55) 19 95 07 07 ID Nextel 52*19696*105 o al (044 55) 24 42 25 02

6) Se procederá a enviar el expediente completo dentro de las siguientes 24 hrs. hábiles a la dirección: **Alvaro Obregón 151 piso 9 Col. Roma Del. Cuauhtémoc México DF.**

- Caratula de Folio web
- Aviso de accidente escolar de THONA. (**ANEXO 1**)
- Informe médico de THONA (**ANEXO 2**)
- Nota médica de Médicavial
- Cuestionario de atención de Médicavial.
- IFE del responsable o tutor.
- Identificación o constancia de estudios del menor.
- Anotar número de reporte en caratula de folio web.

ANEXO 1



AVISO DE ACCIDENTES

Nombre del afectado _____

Edad: _____

Nombre del Padre o Madre (si el afectado es menor de edad): _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Lugar donde ocurrió el accidente?: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Descripción detallada del accidente: _____

Nombre de la Institución : _____ Numero de póliza: _____

Nombre del Responsable: _____ Puesto: _____

Teléfono: _____ Sello de la escuela _____

Firma: _____

Lugar y

Fecha: _____

AA201305

Se autoriza a THONA SEGUROS, S.A. de C.V. para recabar Historia clínica, prescripciones, tratamientos, radiografías de los Hospitales, Clínicas, Sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, que haya examinado al asegurado afectado con relación a cualquier lesión que haya sufrido.

CODIGO

Es indispensable para la atención médica con pago directo la presentación de este formato completamente requisitado

THONA Seguros S.A. de C.V., (THONA) me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que THONA recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles; asimismo manifiesto mi conformidad para que THONA pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.

ADVERTENCIA: El Contratante, Asegurado y Beneficiarios están obligados a declarar los hechos relacionados con el siniestro, tal como los conozcan o deban conocer. La falsedad en las declaraciones que se efectúen para obtener el pago de un siniestro que de conocerse la verdad no hubiera procedido, pueden ser constitutivas de un delito sancionado por las leyes penales.

día mes año

ANEXO 2



INFORME MEDICO

Para ser llenado por el Médico responsable de la atención médica

Nombre del paciente _____

No. De Póliza _____ Edad: _____ Sexo: F : () M: () OCUPACIÓN: _____

Fecha del Accidente: _____ Hora: _____
día / mes / año

Fecha 1er. Consulta: _____ Hora: _____
día / mes / año

Mecanismo de Lesión Diagnóstico

Descripción de las Lesiones Tratamiento

Hallazgos

Fecha calculada de término del Tratamiento: _____

día / mes / año

Descripción de estudios de gabinete y análisis clínicos que confirman el diagnóstico: _____

ANEXAR INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGÍA POR RADIÓLOGO CERTIFICADO

Costo del tratamiento completo Servicios: _____ Honorarios

Médicos: _____

Mencione si el paciente por su lesión requiere de incapacidad temporal o

definitiva: _____

Mencione a partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad y en que fecha se integrará a sus actividades habituales: _____

Lugar y

Fecha: _____

FIRMA FIRMA

Nombre: _____ Nombre: _____

RFC: _____ No. De IFE _____

Cédula Profesional: _____ Teléfonos: _____

Cédula Especialidad: _____ Fecha: _____

Teléfonos: _____

CODIGO IM201305

día / mes / año

Médico Tratante Responsable del paciente