



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 1 de 22

1. Objetivo

Asegurar que la recepción del paciente sea adecuada, y se realice el reporte con su aseguradora correspondiente; porque la impresión inicial del paciente acerca del hospital se forma en el departamento de admisión.

2. Alcance

Este documento señala las etapas básicas sobre el proceso de ingreso, reporte hospitalario o de siniestro autos de cada uno de los pacientes.

3. Receptor del servicio

pacientes que cuenten con alguna póliza de seguro

4. Responsable

Responsable de admisión hospitalaria y Área de Seguros

5. Áreas Involucradas

Admisión hospitalaria, administración de seguros, Administración, coordinación médica,

AREA	RESPONSABLE (PUESTO)	FIRMA
Admisión y caja	Responsable de admisión y caja	
Seguros	Responsable de seguros	
Administración	Gerencia administrativa	
Medica	Servicio medico	

6. Introducción

El objeto primordial del presente manual de procesos, es dar a conocer que pasos se deben seguir en el momento de una siniestralidad con pacientes perfil aseguradora.

Podremos darnos cuenta del cubrimiento de cada tipo de seguro según el siniestro, de acuerdo con las pólizas adquirida.

De esta manera analizaremos los problemas más usuales que se presentan en el deber de formular la

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 2 de 22

reclamación, ya que por la ocurrencia de un siniestro, se inicia todo un proceso para que la empresa aseguradora entre a cumplir con su obligación principal por la que fue contratada.

Y esto se cumple siempre y cuando el asegurado demuestre la ocurrencia del siniestro, y la cuantía del mismo, por esto mostramos que se debe hacer, y cómo manejar la situación, dependiendo de la clase de riesgo.

Clasificación por siniestralidad

- A) Póliza gasto medico mayor (GMM)
- B) Póliza siniestro autos
- C) Póliza accidentes personales (AP)

7. Contenido

7.1 Proceso de Admisión Hospitalaria.

El Departamento de Admisión del Hospital para su comodidad, siendo el área en la cual se lleva a cabo el procedimiento de registro, egreso y pago de los gastos generados (deducible y coaseguro) por los pacientes que requirieron de un servicio de atención médica hospitalaria ellos son los encargados de informarle al departamento de seguros.

7.2 Proceso de Paciente con Póliza Gastos Médicos Mayores

Si se cuenta con una Póliza de Gastos Médicos, deberá presentar la credencial de la Compañía de Seguros y el número de póliza para que se notifique el ingreso del paciente. A pesar de esto, el paciente deberá dejar un depósito (el monto dependerá del motivo de ingreso) mientras que el departamento de seguros tramita la autorización de la Compañía de Seguros. El depósito le será devuelto en cuanto la Compañía de Seguros nos haya hecho llegar la hoja de autorización, la cual contiene el monto que le ha sido otorgado.

La oficina de Seguros del Hospital, será intermediario con su aseguradora para gestionar su carta de autorización o garantía de pago

El paciente deberá permanecer hospitalizado por lo menos 24 horas para que su aseguradora pueda emitir la carta de autorización, de lo contrario se manejarían los gastos por la vía del reembolso.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 3 de 22

Observación: El hospital no interfiere en el criterio y políticas de dictamen de la aseguradora, el cual será emitido de acuerdo a las condiciones de póliza que haya usted contratado, a información médica que sea presentada por parte de su médico y de acuerdo al padecimiento que presente.



7.3 Proceso de Pacientes Siniestro Autos

Dicho paciente deberá de presentar el pase medico proporcionado por el ajustador y al momento del ingreso al hospital el personal de admisión reportara a la aseguradora correspondiente otorgando al operador el número de siniestro que viene en dicho pase, y este a su vez proporcionara un numero de reporte para el ingreso del paciente.

7.3.1 Armado de expediente clínico y administrativo

El personal de admisión le avisara al médico sobre llegada del paciente a consulta y le dará el informe médico de la aseguradora que corresponda para su llenado, el medico en turno deberá de adjuntar sus notas médicas, orden de placas, y la hoja de requisición de insumos ocupados durante la estancia del paciente y al finalizar dicha consulta si no amerito hospitalización todo el expediente se entregara a admisión para que sea otorgado

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 4 de 22

al departamento de seguros para que ellos se encarguen del cobro de dicha consulta.

7.3.2 Paciente que amerita Hospitalización

Si el medico reporta que el paciente por su estado de salud o por la gravedad de sus lesiones es necesario quedarse hospitalizado se le deberá informar inmediatamente al departamento de seguros para que ellos realicen los trámites necesarios para la autorización de estudios o tal vez un proceso quirúrgico.

Al finalizar ya que el paciente fue dado de alta por el medico enfermería deberá de informar al departamento de seguros una hora antes para que ellos manden las ultimas notas medicas a la aseguradora correspondiente y nos puedan mandar la carta final con la suma total de los gastos generados.

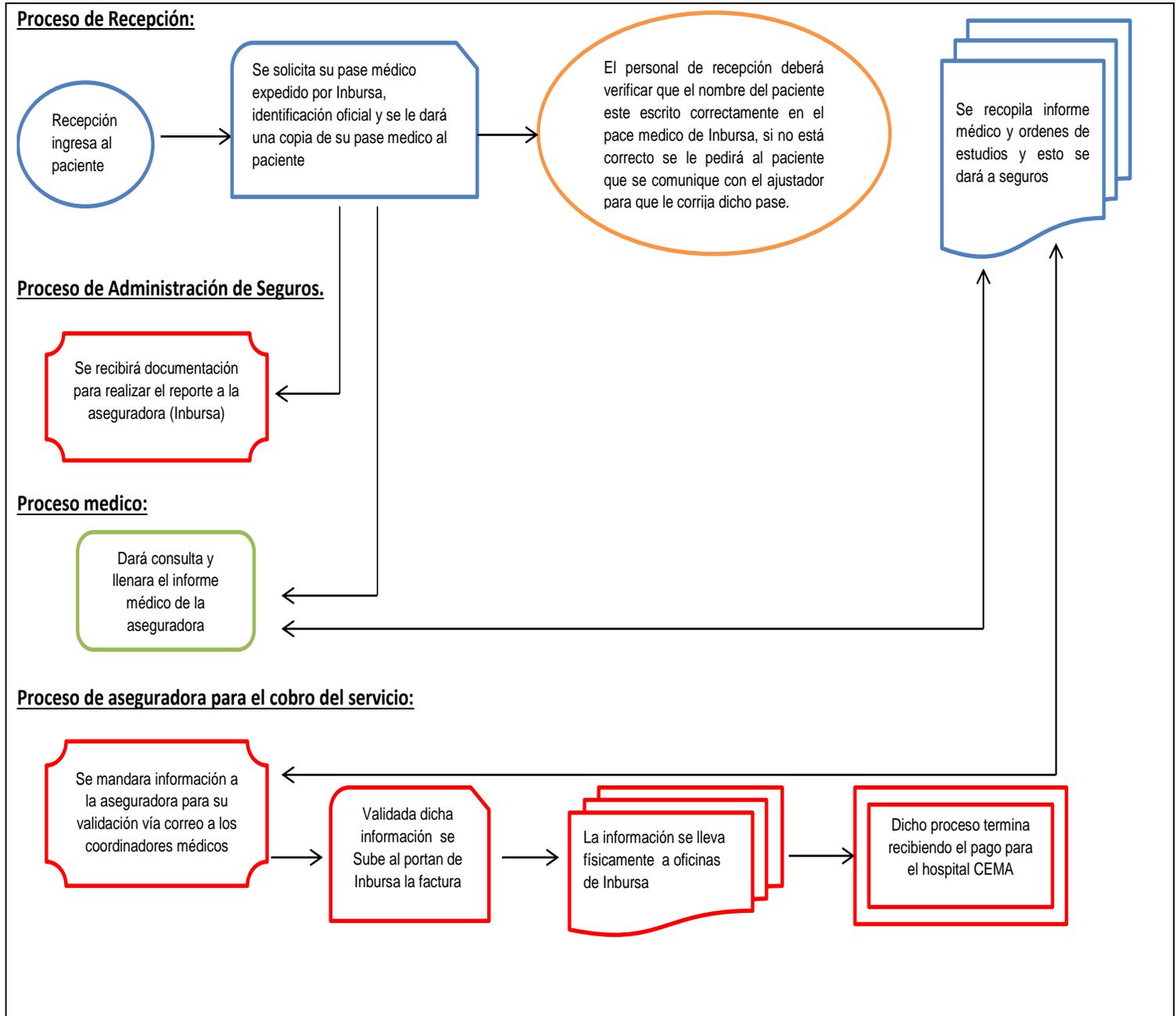
7.3.3 Desvíos que la aseguradora no cubre

Al momento del egreso del paciente el are de seguros del hospital en el caso de contar con desvíos por parte de la aseguradora le dará a conocer al paciente los gastos que no fueron cubiertos por su aseguradora, por tal motivo se le mostrara la carta expedida por dicha compañía de seguros donde especifica el motivo por el cual dichos medicamentos, artículos ortopédicos, etc., no entraron como pago directo y por lo tanto ciertos gastos serán cubiertos por el paciente.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 5 de 22



Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 6 de 22

7.4 Pacientes de Consulta Subsecuente o Servicios

Los pacientes deberán de presentar un vale expedido por la aseguradora donde este menciona que servicio es el que está autorizado, es muy importante que el personal de admisión verifique que el documento este dirigido a la clínica y también sellado, firmado y leer la fecha de vencimiento de dicho pase, si en algún caso el vale ya perdió su vigencia el paciente deberá de acudir a las oficinas de su aseguradora para que este sea cambiado.

7.4.1 El personal de admisión deberá de armar expediente de la consulta subsecuente o servicio:

Requisitos de expediente según sea el caso:

Consulta con especialista:

- Vale de autorización de la aseguradora.
- Identificación oficial del paciente.
- Informe médico de la aseguradora que corresponda.
Debidamente llenado por el médico en turno.

Sesiones de rehabilitación:

- Vale de autorización de la aseguradora
- Identificación oficial del paciente
- Hoja de validación que tomo sus rehabilitaciones (hoja de firmas)

Estudios:

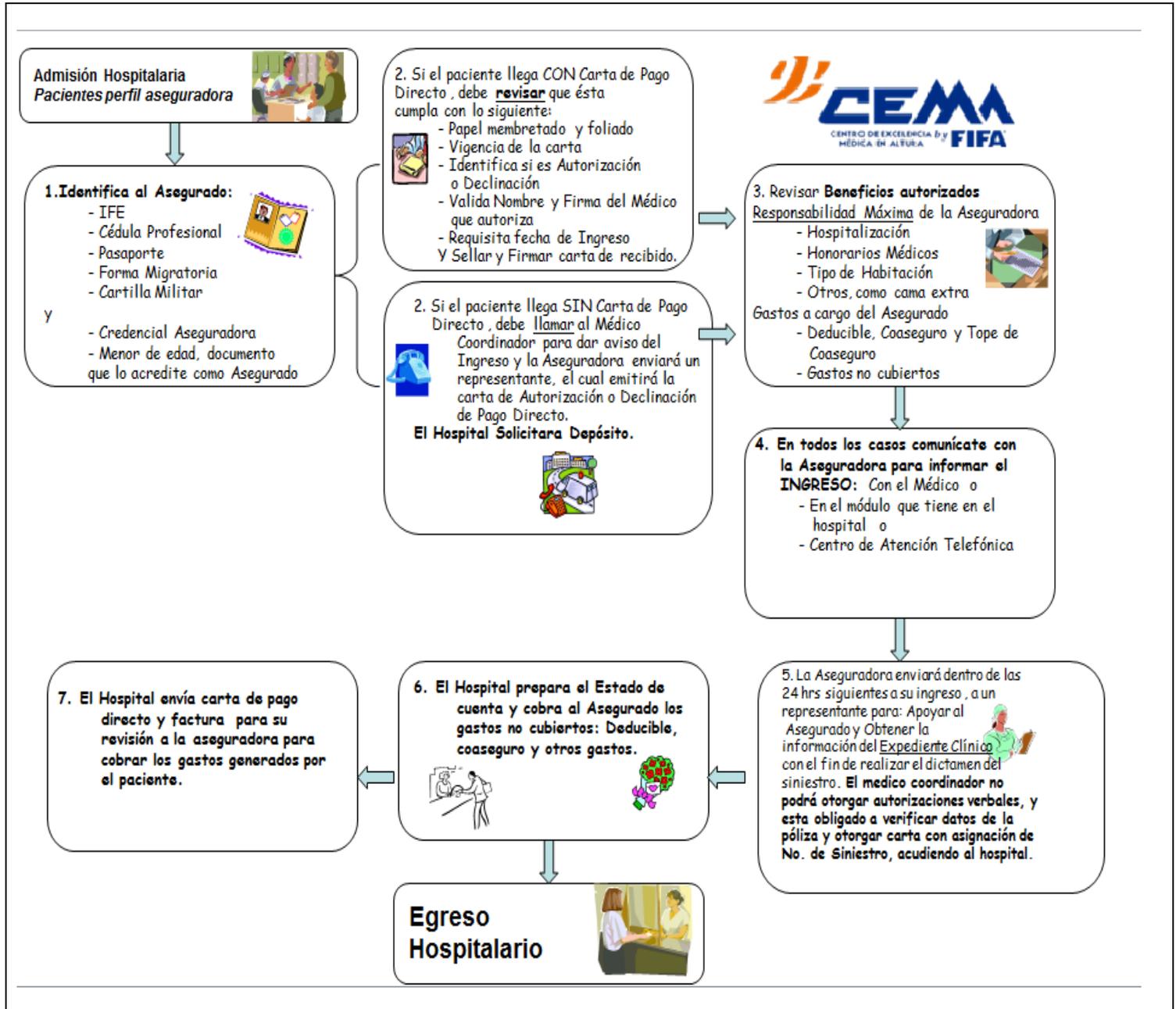
- Vale de autorización de la aseguradora para el estudio.
- Identificación oficial del paciente.

En el momento en que admisión tenga el expediente completo de dichos pacientes los deberá de proporcionarlos a la administración de seguros para que ellos procedan con el cobro.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 7 de 22



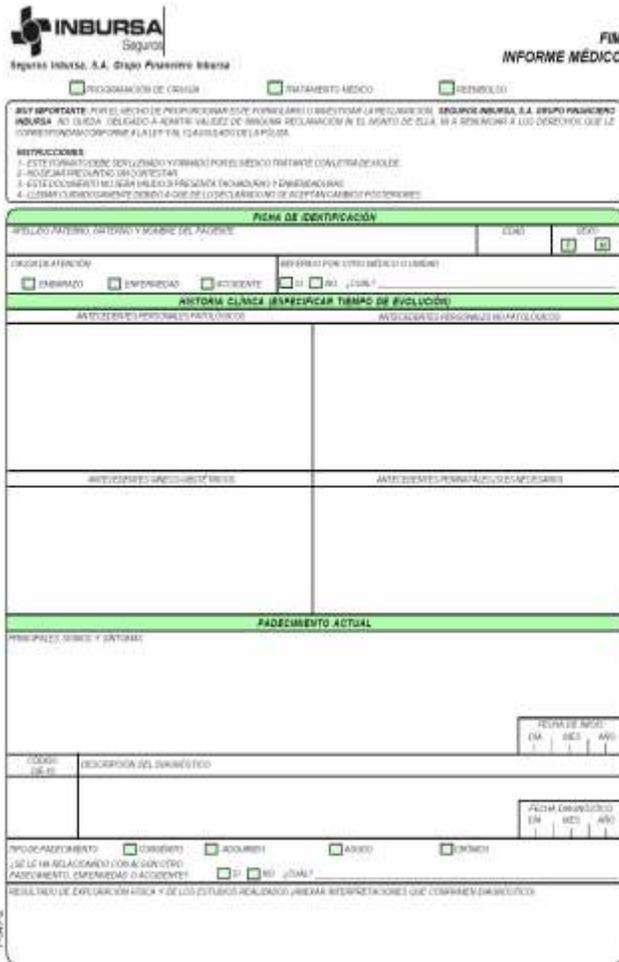
Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 8 de 22

7.5 Formatos de Aseguradoras

7.5.1 Informe Médico Inbursa



INBURSA Seguros
Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa

FIM INFORME MÉDICO

RECIBACIÓN DE CRISIS TRATAMIENTO MÉDICO RETENCIÓN

¡MUY IMPORTANTE! POR EL HECHO DE REGISTRAR EN ESTE FORMULARIO O OBJETOS LA RECLAMACIÓN SEGUROS INBURSA S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA AD (LUGAR DELEGADO A ADMITIR VALIDEZ DE INBURSA RECLAMACION EN EL ASUNTO DE EL/LA, SI A SEMEJANZA A LOS DERECHOS QUE LE CORRESPONDAN CONFORME A LA LEY Y AL TÍTULO DE LA PÓLIZA.

INSTRUCCIONES:

1. ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO Y REVISADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON VISTA DE ANULAR.
2. NO DEBE SER PRECIPITADO SIN VENTILACIÓN.
3. ESTE DOCUMENTO NO DEBE SER PRESENTADO COMO ANEXO A DERECHOS DE INBURSA.
4. ESTE DOCUMENTO DEBE SER REVISADO POR EL DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURÍDICA Y DE ASESORIA TÉCNICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APPELLIDO (PATERNO), (MATRNO) Y SOBRENOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO _____ SEXO: M F

EDAD: _____ AÑOS

CAUSA DE ATENCIÓN: _____ REFERENTE POR ESTE MÉDICO (O LUGAR): _____

EMPLEADO ACCIDENTE SI NO LESIÓN

ANTHON CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTICEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE: _____ ANTICEDENTES PERSONALES DEL EMPLEADOR: _____

ANTICEDENTES FAMILIARES DEL PACIENTE: _____ ANTICEDENTES PERSONALES DEL EMPLEADOR: _____

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SÍNTOMAS Y SIGNOS: _____

FECHA DE INICIO: _____ (DÍA, MES, AÑO)

CODIGO DE ICD: _____ DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO: _____

FECHA DE DIAGNÓSTICO: _____ (DÍA, MES, AÑO)

TIPO DE PAGADOR: GOBIERNO ACCIDENTE ASURADO ENFERMO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, EMFERMEDAD O ACCIDENTE? SI NO OTRA

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (BREVES INTERPRETACIONES QUE COMPARTEN DIAGNÓSTICO): _____



TRATAMIENTO

CODIGO CEM	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO

¿HUBO COMPLICACIONES? SI NO

DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE DEL HOSPITAL: _____ TIPO DE ESTANCIA: URGENCIA HOSPITALARIA OTRA ESTANCIA / AMBULATORIA

FECHA DE INGRESO: _____ (DÍA, MES, AÑO) FECHA DE EGRESO: _____ (DÍA, MES, AÑO)

CUIDAD: _____

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO (PATERNO), (MATERNO) Y SOBRENOMBRE DEL MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

ESPECIALIDAD: _____ R.F.C.: _____ CÉLLULAR: _____

CÉDULA PROFESIONAL: _____ CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN: _____

SUBSECTOR PROFESIONAL: _____ E-mail: _____

PRESUPUESTO: _____

NOTA: COMO MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE A QUE SE REFIERE ESTE INFORME, POR ESTE CONDUCTO DEBE FIRME CONSENTIMIENTO PARA QUE LOS HOSPITALES, SERVICIOS CLÍNICOS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS ALICUOTABLES HAYA ACUERDO CON EL PACIENTE PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE, PROPORCIONAR A SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA, TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXAMEN DE LABORATORIO Y/O SIGNOS CLÍNICOS Y/O REPORTES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE DICHOS PADECIMIENTOS ANTERIORES Y/O ACTUALES.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 9 de 22

7.5.2 Aviso de Accidente o Enfermedad



Seguros Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:
1. ESTE AVISO DEBERÁ SER LLENADO CON LETRA DE MOLDE Y FIRMADO POR EL ASEGURADO.
2. ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA, DETALLADA Y PRECISA.
3. POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, SEGUROS INBURSA S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN, NI RENUNCIAR A NINGÚN DERECHO, MENOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
4. ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN		TIPO DE RECLAMACIÓN	
REEMBOLSO <input type="radio"/>	PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO <input type="radio"/>	PAGO DIRECTO <input type="radio"/>	ACCIDENTE <input type="radio"/>
		EMBARAZO <input type="radio"/>	
		ENFERMEDAD <input type="radio"/>	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE		No. DE PÓLIZA	
APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) DE ASEGURADO TITULAR		R.F.C. o CURP	
APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) DE ASEGURADO AFECTADO		R.F.C. o CURP	
No. CERTIFICADO DEL ASEGURADO AFECTADO		FECHA ALTA	
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD	
SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	PARENTESCO CON EL TITULAR	CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO: CALLE		TELÉFONO DE CONTACTO (INCLUIR CLAVE LADA)	
No. EXTERIOR		[] []	
No. INTERIOR		COLONIA	
ESTADO		C.P.	
DELEGACIÓN		OCUPACIÓN o PROFESIÓN	
		LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA	
		GIRO DE LA EMPRESA	
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN OTRA COMPAÑÍA?		SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SEMESTRO	
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
COMPañIA		FECHA DE ALTA	
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO?		No. DE PÓLIZA	
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
COMPañIA			
TIPO DE RECLAMACIÓN INICIAL <input type="radio"/> COMPLEMENTARIA <input type="radio"/>		INDIQUE EL TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTO	
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD			
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD			
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN			
SI ES ACCIDENTE, DETALLESE ¿COMO Y DÓNDE FUE?			
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO)			
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL?		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
COBERTURA		SUMA ASEGURADA	
		No. DE PÓLIZA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO EN QUE FUE ATENDIDO		COMPañIA DEL TERCERO	
¿QUÉ ESTUDIOS LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO?			
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE		ESPECIALIDAD	
DIRECCIÓN		TELÉFONO Y/O CORREO ELECTRÓNICO	
¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS?		CAUSA	
		FECHA	
		TELÉFONO Y/O CORREO ELECTRÓNICO	
DOCUMENTOS A PRESENTAR			
1. COPIA DE LA AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE)			
2. INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE			
3. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE) Y EN CASO DE MENORES DE 18 AÑOS QUE NO CUENTEN CON PASAPORTE, CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA O HUELLA DIGITAL			
4. RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC.)			
5. POR CADA MÉDICO TRATANTE, SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.			
NOTAS			
SE INFORMA QUE LA OMISIÓN, INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE AVISO, RELEVA DE TODA RESPONSABILIDAD A SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA.			
EN ESTE ACTO AUTORIZO A SEGUROS INBURSA S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA PARA QUE EN CASO DE QUE ASÍ LO DECIDA ESA ASEGURADORA, SOLICITE, REQUIERA Y OBTENGA DE LOS MÉDICOS, HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS QUE ME HAYAN ATENDIDO O QUE ME ATENDAN EN LO SUCESIVO, TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXPEDIENTE, Y/O RESUMEN CLÍNICO Y/O NOTAS Y/O REPORTE Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE MI(S) PADECIMIENTO(S) ANTERIORES Y/O ACTUALES.			
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR		NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO	
FECHA:		LUGAR:	

F-36-2

Elaboró L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	Autorizó CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	Revisó LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	Libero DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA
--	---	--	--



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 11 de 22

7.6.2 Aviso de Accidente o Enfermedad

FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD



Instrucciones:

- 1.- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra de molde.
- 2.- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa.
- 3.- Por el hecho de proporcionar este formulario, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
- 4.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de la reclamación

Reembolso Programación de cirugía-tratamiento Accidente Embarazo Enfermedad
 Pago directo

Tipo de reclamación

Nombre o razón social del contratante	No. de póliza
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular:	R.F.C. o CURP
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado	R.F.C. o CURP
No. de certificado del afectado	Fecha de alta
Nacionalidad	Fecha de nacimiento
Sexo Parentesco con el titular Correo electrónico	Teléfono de contacto Clave lada ()
Domicilio /calle	No. exterior No. interior
Colonia C.P. Estado	Delegación Ocupación o profesión
Lugar donde trabaja/empresa	Giro de la empresa
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si su respuesta fue afirmativa indique No. de siniestro	
Compañía	
Fecha de alta	
¿Actualmente tiene otro seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Compañía	
Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> inicial <input type="checkbox"/> complementaria	
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó	



Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de la enfermedad	Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad
Año / /	Día Mes Año / /
Motivo de su reclamación	
¿CÓMO y dónde fue?	
Lugar de ocurrencia del accidente (anexar copias del ministerio público)	
¿Automovilístico? ¿Cuenta con seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Suma asegurada	No. de póliza
Hospital en que fue atendido	
Días de estancia	
¿Utilizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?	
Especialidad	
Tel. y/o e-mail	
¿Atendido en los últimos dos años?	
Fecha	
Tel. y/o e-mail	

FF-285-V-PDF/03-2015

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: (55) 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx 14

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: (55) 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx 24

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 12 de 22

7.7 Seguros Banorte

7.7.1 Informe Médico

SEGUROS
BANORTE

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
2. Favor de no dejar preguntas y espacios sin respuestas.
3. Este documento no será válido con tachaduras.

INFORME MÉDICO

Programación de cirugía
 Pago Directo
 Reembolso

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellido paterno, materno y nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Causa de atención: Prevención Embarazo Enfermedad Accidente Referido por otro médico o unidad: Si No ¿Cuál? _____

HISTORIA CLÍNICA
(Especificar tiempo de evolución)

Antecedentes personales patológicos:	Antecedentes personales no patológicos:
Antecedentes gineco-obstétricos:	Antecedentes personales (si es necesario):

PADECIMIENTO ACTUAL

Principales signos y síntomas: _____

Fecha de inicio: DD MM AA

Código ICD-10: _____ Descripción del diagnóstico: _____

Fecha de diagnóstico: DD MM AA

Tipo de Padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Si No ¿Cuál? _____

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico): _____

TRATAMIENTO

Código CPT-4: _____ Descripción del tratamiento: _____

Fecha de inicio: DD MM AA

¿Hubo complicaciones? Si No Descripción de complicaciones: _____

Observaciones: _____

Nombre del Hospital: _____ Tipo de estancia: Urgencia Hospitalaria Corte estacionamiento

Ciudad: _____ Fecha de ingreso: DD MM AA Fecha de egreso: DD MM AA

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido paterno, materno y nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Especialidad: _____ R.P.C. _____ Celular: _____

Cédula profesional: _____ Cédula de especialidad o certificación: _____

Nombre de proveedor: _____ Email: _____

Presupuesto: _____

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente a que otorguen a la Compañía, todos los informes que se refieren a la salud del mismo inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original y que la inexistencia o falta de declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía con el Asegurado.

AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Avenida Hidalgo No. 265 Paralela, Colonia Centro, C.P. 84000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que reciba, recolecte, de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato celebrado; así como para finalidades de proporción comercial aceptando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de proporción comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad (regístre en su número 1) en el sitio web: www.segurosbanorte.com.mx

Para cualquier aclaración por favor a la Dirección nuestro Centro de Contacto: 01800 500 2500 y el correo electrónico: queja_segurosbanorte@banorte.com

Lugar y fecha

Firma del médico tratante

<p>Elaboró</p> <p>L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS</p>	<p>Autorizó</p> <p>CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO</p>	<p>Revisó</p> <p>LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD</p>	<p>Libero</p> <p>DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA</p>
--	---	--	--



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 13 de 22

7.7.2 Aviso de Accidente o Enfermedad

SEGUROS
BANORTE

FAE
FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra de molde.
- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
- Por el hecho de proporcionar este formulario, la compañía no queda obligada a admitir la validez de la información ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

TIPO DE RECLAMACIÓN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD	
COBERTURAS AFECTADAS: <input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE	NÚMERO DE PÓLIZA
APELLIDO (PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR)	R.F.C. O CURP
APELLIDO (PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO)	R.F.C. O CURP
NÚMERO CERTIFICADO DEL AFECTADO	FECHA DE NACIMIENTO (DIA-MES-AÑO)
NACIONALIDAD	TELÉFONO DE CONTACTO
OCCUPACIÓN O PROFESIÓN	LUGAR DONDE TRABAJA - EMPRESA
DIRECCIÓN - CALLE	NÚMERO EXTERIOR / NÚMERO INTERIOR
CÓDIGO POSTAL	ESTADO / DELEGACIÓN
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O EMPIEZO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD (DIA-MES-AÑO)	INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y SÍNTOMAS QUE PRESENTE
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD (DIA-MES-AÑO)	INDIQUE EL DIAGNÓSTICO RESULTANTE DE SU RECLAMACIÓN
¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO?	
¿EL ACCIDENTE DETALLAR, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE?	¿ALFARDECÍ QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE?
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO?	¿ALFARDECÍ QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL SEGURO?
¿ALFARDECÍ GASTOS MÉDICOS POR ESTE PROCEDIMIENTO O ACCIDENTE (EN ESTE O OTRO SEGURO)?	¿ALFARDECÍ QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL SEGURO?
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO (DIA DE ESTADIA)	TIPO DE HOSPITAL <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO
PERIODO DE ESTADIA (DÍAS Y HORAS)	NÚMERO DÍA DE ESTADIA
NOMBRE COMPLETO DEL/LAS MÉDICO(S) TRATADO(S)	ESPECIALIDAD DEL/LAS DOCTOR(ES)
¿MÉDICO QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DIAS/AÑOS?	CAUSA Y FECHA

Documentos a presentar:

- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE, pasaporte y en caso de menores de 18 años acta de nacimiento).
- El comprobante del hospital, clínica o consultorio con diagnóstico y número de días de estancia (sólo hospitales).
- Facturas por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del asegurado, que cumpla con los requisitos fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados).
- En su caso, interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
- Copia de la acta de la atención del ministerio público o atención recibida de la institución (en caso de accidente).
- Informes médicos correspondientes detallados donde indique la participación del médico tratante (sólo médicos del hospital).
- Copia de identificación oficial del contratante (de pasaporte) sólo en su primera fección.
- Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico.

NOTA: Autorizo a los médicos que me hayan atendido o examinado, a los hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnósticos de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Banorte, S.A. de C.V., sin cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información relevante a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Seguros Banorte, S.A. de C.V. lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización renuncio de cualquier responsabilidad derivada del evento médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o validez de seguro para que proporcionen a Seguros Banorte, S.A. de C.V. la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Banorte, S.A. de C.V. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

FECHA: ____/____/____ LUGAR: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

AL: HIDALGO NO. 250 PTE. COL. CENTRO, MONTERREY, N.L. C.P. 64000 TEL. 01 800 201 6764 R.F.C. 98087124PL2

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 15 de 22

7.8.2 Aviso de Accidente o Enfermedad

Aviso de Accidente o Enfermedad
Accidentes Personales/Vida

MetLife

En esta solicitud ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales.

Poliza No. _____ Certificado No. _____ Contratante _____

Este cuestionario se contesta y entrega a: ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., en relación con una reclamación derivada del contrato de seguro de mi compañía: _____

1. Datos del Asegurado titular

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____
 Teléfono _____ CURP o R.F.C. _____ Edad _____
 Celular _____ E-mail _____

2. Datos del Asegurado afectado

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____
 Edad _____ Parentesco con el Asegurado _____

3. Dirección del afectado

Calle _____ No. exterior _____ No. interior _____
 Colonia _____ Delegación o Municipio _____
 Estado _____ C.P. _____ Teléfono _____ Celular _____
 E-mail _____

Tipo de reclamación

Inicial Complementaria Pago directo
 Programación de cirugía Reembolsos N° de siniestro _____

1) Fecha en que ocurrió el accidente o inició la enfermedad _____ Año Mes Día

2) Antecedentes o enfermedad: _____

3) Si es accidente, ¿Cómo y dónde ocurrió? _____

Diagnóstico(s) definitivo(s): _____

4) Si estuvo hospitalizado, escriba el nombre del hospital _____ Días que estuvo internado _____

5) ¿Tiene el afectado algún otro seguro contra accidentes o enfermedades? sí no
 En caso afirmativo, ¿en qué compañía? _____

ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. Blvd. Manuel Avila Camacho No. 32, Pto. 18, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Alemán, México, D.F. Tel: 5249 7100 www.alicomexico.com.mx
 ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. y MetLife México, S.A. son subsidiarias de MetLife, Inc. cuya marca registrada para todas sus compañías en México es MetLife®
 V92-000

GYV

Apellido Materno _____ Nombre _____
 No. exterior _____ No. interior _____
 Delegación o Municipio _____
 C.P. _____ Teléfono _____

Hecho durante el procesamiento mismo de esta reclamación

Apellido Materno _____ Nombre _____
 No. exterior _____ No. interior _____
 Delegación o Municipio _____
 C.P. _____ Teléfono _____

Aviso

DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS, ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. (en lo sucesivo "Alico") releva a Manuel Avila Camacho No. 32, piso 18, Colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F. R. F. FINALIDADES. Los datos o seguimos a recabar directamente de ti, a través de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de la estancia, los utilizamos, en la medida que sean necesarios, para analizar los riesgos o circunstancias al celebrar convenios es derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos; evaluar la calidad del servicio; así como promocionar productos estas finalidades, requerimos tus datos personales como datos de identidad y contacto (ejemplo: nombre y domicilio), datos y datos sensibles (ejemplo: estado de salud), III. MEDIOS PARA EJERCER TUS DERECHOS. Tienes derecho a acceder, rectificar, consentimiento de tus datos o pueden revocar el consentimiento que nos hayas otorgado. Para conocer los requisitos y plazos puedes ir a nuestro sitio de internet www.alicomexico.com.mx, o contactar a nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada. IV. LIMITAR EL USO O DIVULGACION DE TUS DATOS PERSONALES. Si deseas dejar de recibir publicidad de nuestros productos o otro formulario de preferencias de privacidad el cual encontraras en el vinculo de políticas de privacidad en nuestro sitio de internet www.alicomexico.com.mx. V. TRANSFERENCIA DE DATOS. Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o extranjeros únicamente para estar en este aviso de privacidad. VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD. Para conocer cambios o actualizaciones a este aviso ir a nuestro sitio de internet www.alicomexico.com.mx. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

autoriza a ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., para recabar información de cualquier institución (igna enfermedad o lesión que habamos sufrido como: historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos incluyendo recibos del hospital o médicos. RECUERDE QUE DEBE ANEXAR LOS ORIGINALES DE LOS COMPROBANTES DE LOS GASTOS ido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

para el tratamiento de mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados o los que Alico recoga transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad. Manifiesto que he leído el aviso de privacidad previamente a cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

_____ el día _____ de _____ de _____

El Asegurado afectado _____ Firma del Asegurado titular _____

Aut. C.N.B.S. Of. No. 39032 Exp. 73005-101 1 del 9-A/ 1976

MetLife México, S.A. de C.V. y MetLife México, S.A. son subsidiarias de MetLife, Inc. cuya marca registrada para todas sus compañías en México es MetLife®

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.			



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 17 de 22

7.9.2 Aviso de Accidente o Enfermedad



MAPFRE TEPEYAC, S.A.
Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
Municipio San Fernando Huitzilquillan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

**REPORTE DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD
DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

Póliza Afectada	_____
Póliza Actual	_____
No. de Riesgo	_____
No. Siniestro	_____

PARA EVITAR DEMORAS ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD.
Entregue este cuestionario, totalmente requisitado por usted y su médico tratante, a Mapfre Tepeyac, S.A. antes de programar su intervención quirúrgica o tratamiento.

DATOS GENERALES			
Nombre del contratante			
Teléfono		R.F.C.:	
Dirección			
Nombre del Paciente:		Edad:	Sexo:
Teléfono		R.F.C.:	Estado Civil:
Se trata de:		Fecha en que se atendió por primera vez:	
<input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Embarazo		Fecha en que iniciaron sus síntomas:	
Nombre de la enfermedad o naturaleza del accidente:			
Si es accidente, detalla cómo y dónde ocurrió:			
¿Qué estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?			
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)			
Nombre del Hospital donde se atendió:			
Dirección:		R.F.C.:	
Teléfono:		Fecha de Ingreso:	
Población:		Fecha de Egreso:	
Colonia:		Código Postal:	No. de días hospitalizado:
¿Ha estado enfermo de un padecimiento igual o similar?		Tratamiento	
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Médico <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/>	
Autorizo al hospital y a el (los) doctor(es) que me atiende(n) a proporcionar copia de la historia clínica e información que le sea solicitada por Mapfre Tepeyac, S.A. en relación a los padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.			

Noviembre/2002

Fechado en _____ a _____ de _____ del _____
DENUNCIA ANÓNIMA: Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en www.mapfre.com.mx (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx

"Esta forma deberá ser requisitada y firmada por el asegurado sea cual fuere el importe de los gastos que se reclaman"

Firma del Asegurado

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 19 de 22

7.10.2 Aviso de Accidente o Enfermedad

Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros

Allianz

Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad

Fecha _____ Lugar _____

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde y a una sola tinta.
 2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
 3. Por el hecho de proporcionar este formulario, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni renunciar a los derechos que se reserva conforme al contenido de la póliza.
 4. Este documento no será válido con tachaduras y enmendaduras. No se aceptan cambios posteriores sobre lo declarado. Cualquier modificación a lo originalmente declarado, será considerada como una inexacta declaración.

Motivo de la reclamación Reembolso Pago Directo Pagamiento de Cirugía y Tratamiento Médico

Tipo de Reclamación Accidente Enfermedad Embarazo

Datos del Paciente

Nombre o Razón Social del Contratante _____ No. de Póliza _____

Asegurado Titular _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____ RFC o CURP _____

Nombre del Asegurado _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____ RFC o CURP _____

Número de Certificado _____ Fecha de alta Nacionalidad _____

Fecha de Nacimiento Sexo _____ Pertenencia con el Titular _____

Estado Civil _____ Correo Electrónico _____

Teléfono LADA (_____) Casa _____ Oficina _____ Celular _____ Otros _____

Domicilio / Calle _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Colonia _____ C.P. _____ Estado _____

Delegación _____ Ocupación o Profesión _____

Empresa para la que trabaja _____ Cargo de la Empresa _____

Información General

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra Compañía? Sí No

Si su respuesta fue afirmativa, por favor indicar: Número de Siniestro _____

Compañía _____ Fecha de reclamación

¿Cuenta actualmente con otro seguro? Sí No Compañía _____

Tipo de Reclamación

Tipo de Reclamación: Inicial (en la primera vez que se presentan gastos por este evento) Complementaria (cuando ya se han presentado gastos por este evento)

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad

Fecha en que visitó por primera vez al médico por causa de esta enfermedad

Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó _____

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación _____

En caso de accidente, por favor detalle cómo y dónde fue _____

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público) _____

En caso de accidente automovilístico, ¿cuenta usted con seguro de automóvil? Sí No

Nombre de la Compañía _____ Cobertura _____

Santa Asegurada _____ No. de Póliza _____

Compañía del Tercero _____

Estuvo hospitalizado? Sí No Días de estancia _____

Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros

Allianz

¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento? _____

Nombre del Médico Tratante _____ Especialidad _____

Dirección _____ Tel. _____ E-mail _____

Lugar donde fue atendido Consultorio Hospital Domicilio Asegurado Otro

Hospital en que fue atendido _____

Mencione por favor los Médicos que ha consultado en los últimos años:

Nombre _____	Especialidad _____	Causa _____
Fecha _____	Teléfono _____	E-mail _____
Nombre _____	Especialidad _____	Causa _____
Fecha _____	Teléfono _____	E-mail _____

Documentos a Presentar

Nota 1. Copia de la actación del Médico Público o atención recibida de la institución (en caso de accidente)

2. Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete

3. Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento)

4. Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos profesionales, estados de cuenta, etc.)

5. Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento

6. Copia de identificación oficial para el contratante (IFE, pasaporte) sólo si es persona física

Información para Transmisión Electrónica

Para registrar los expedientes de pago, los cuales se realizarán por transmisión electrónica.

Nota importante: Al efectuar el depósito o transferencia por medio de la cuenta correspondiente a la clave mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, el más amplio finiquito, que en derecho proceda a todo reclamo, liberando de cualquier responsabilidad presente o futura, no reservándome ninguna acción civil, administrativa, mercantil o de cualquier otra naturaleza. Asimismo, reconozco que en mi responsabilidad otorgo a la Aseguradora el número de cuenta correcto para que se aplique la transferencia o depósito, por lo tanto, si existe un error en los dígitos de la cuenta bancaria la transferencia o depósito se efectúa a una cuenta distinta por causas que me sean imputables, desde ese momento libero de cualquier responsabilidad a Allianz México, S.A., Compañía de Seguros.

Por este conducto solicito y autorizo a Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del o de los contratos de Seguro concertados con esta aseguradora sean depositados en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos:

El depósito lo solicito para: Sólo este trámite Todos los trámites de este siniestro Nombre del Banco: _____

CLABE E-mail para confirmar depósito: _____

Si la cuenta referida pertenece a Banescom, producto Pagomática, referir Número de Tarjeta (16 dígitos) _____

La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier recibo de su banco. Consta de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias. Es necesario que en la cuenta bancaria de la CLABE aparezca el titular de la póliza como Titular o Cotitular de la misma y firme en vía de forma independiente.

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta correspondiente a la CLABE mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, el más amplio finiquito que en derecho proceda, por este reclamo.

Acepto que los datos proporcionados en la contratación y administración de mi póliza pueden ser usados por Allianz en apego a la "Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares" y al aviso de privacidad de Allianz México S.A. Compañía de Seguros en dirección www.allianz.com.mx.

En los términos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, declaro que la información asentada en la presente, es verídica y que estoy conforme que la inexacta o falsa declaración de la misma, facultará a la empresa con la que tengo celebrado el contrato de seguro para considerarlo rescindido de pleno derecho, sin perjuicio de las acciones que procedan.

Autorizo a los Médicos que me hayan atendido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a la Compañía Aseguradora, aun cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información que se requiera, incluyendo datos personales sensibles, tal y como historia clínica completa, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y demás información contenida en mi expediente (texto, imagen) que podrá ser requerida en cualquier momento por Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, lo considero oportuno, inclusive después de mi fallecimiento, así como todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación.

Para los mismos fines, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente haya solicitado o con las que haya contratado algún seguro, para que proporcionen la información de sus conocimientos. Relieve de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar dicha información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, la información de sus conocimientos y que a su vez Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiere y que se derive de este documento de otros que sean de su conocimiento.

Por lo anterior, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que se ha hecho de mi conocimiento la finalidad para la cual serán tratados mis datos personales, incluso los sensibles y patrimoniales, conforme al Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato que fue puesto a mi disposición, por lo que otorgo mi consentimiento para que se realicen las gestiones necesarias para el trámite de la presente reclamación, incluso en caso de error u omisión de mi parte al anotar la razón social de la Aseguradora.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles o patrimoniales de otros titulares, me obligo a informarles lo anterior, así como los lugares en donde se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato.

Nombre y Firma del Titular _____ Nombre y Firma del Afectado _____ Lugar _____ Fecha (dd/mm/aa) _____

Elaboró L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	Autorizó CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	Revisó LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	Libero DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA
---	--	---	---



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 20 de 22

8 Glosario

Coaseguro:

Porcentaje con el que participa el asegurado en cada reclamación, que se aplica al monto total de gastos cubiertos, una vez descontado el deducible, de acuerdo a las condiciones establecidas; para Titulares, en caso de que el accidente ocurra en cumplimiento del deber, se omitirá el cobro del mismo.

Deducible:

Cantidad a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones establecidas en su póliza contratada.

Gasto Médico Mayor:

Es la acumulación de gastos médicos que se generan como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubiertos por la póliza, y que rebasan el deducible contratado.

Pago directo:

Sistema de pago mediante el cual la Aseguradora liquidará directamente al prestador de servicios, los gastos realizados por el asegurado, como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubierto por la póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido en la Red Médica; que los servicios respectivos sean coordinados a través de la Aseguradora. (El pago directo aplica para Red Médica propia, Red de Hospitales en convenio y Red de Médicos en convenio).

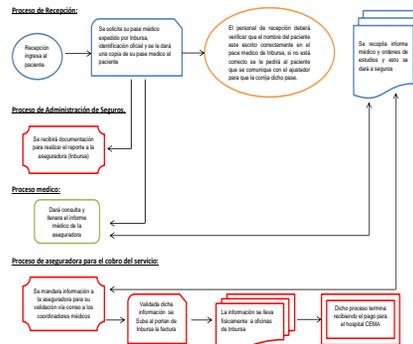
Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 21 de 22

9. Diagrama de Flujo / Soporte Referencial (imágenes, fotos, referencias)

Esquematización de los pasos (proceso, gestión, operación), / fotos, imágenes, etc.



10. Resultado deseado / Entregables

Ejecutar el proceso clínico administrativo con pacientes perfil aseguradora.

11. Indicador (es)

Dicho manual se relaciona son el indicador PORCENTAJE DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR ASEGURADORA

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMISION DE PACIENTES DE ASEGURADORAS

Departamento / Área: SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS	Vigente a partir de: JUNIO 2022	Clave: CEMA-MN-SG-MP-01
	Versión: 3.0	Página 22 de 22

12. Directorio telefónico para el reporte con las distintas aseguradoras

ASEGURADORAS		
INBURSA	URGENCIA	01-800-822-7622
INBURSA PACHUCA	URGENCIA	71-3-18-53
MAPFRE	URGENCIA	01-800-365-0024 01-55-59-50-21-47
GNP	URGENCIA	01-55-52-27-90-90
BANORTE	URGENCIA	01-800-201-67-64
COOR MEDICO DE BANORTE EVER ESCORZA	URGENCIA	771-79-54-397
METLIFE	URGENCIA	01-55-53-28-90-00
ATLAS	URGENCIA	01-55-91-77-51-44
ALLIANZ	URGENCIA	01-800-111-1200 01-55-52-01-30-00
MONTERREY	URGENCIA	01-800-505-4000 01-800-906-2100
LATINO	URGENCIA	01-55-52-02-38-48
AXA	URGENCIA	01-800-900-12-92
CHUBB	URGENCIA	01-800-223-43-57 01-800-087-45-98
THONA	URGENCIA	01-800-400-99-11

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.A ADRIAN VENTURA MARTINEZ RESPONSABLE DE SEGUROS	CP. SANTA VALENCIA GARCIA GERENTE ADMINISTRATIVO	LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA