



TECNOLÓGICO  
NACIONAL DE MÉXICO

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TEZIUTLÁN

## Tesis



“Manual de Procesos a Pacientes con Seguro de Gastos  
Médicos”

PRESENTA:

**CORTES MARTÍNEZ ANA IVETTE**

CON NÚMERO DE CONTROL:

**17TE0141\***

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**INGENIERA EN GESTIÓN EMPRESARIAL**

CLAVE DEL PROGRAMA ACADÉMICO

**IGEM-2009-201**

DIRECTOR (A) DE TESIS:

**M.C. LUISA ANGELICA VIÑAS MEZA**

“La Juventud de hoy, Tecnología del Mañana”

TEZIUTLÁN PUEBLA, 20 DE SEPTIEMBRE 2022



# **PRELIMINARES**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MI DIOS:**

Agradezco a mi DIOS padre por la Bendición de permitirme culminar este proyecto que marca el Inicio de mi Carrera como Profesionista. Gracias por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona.

Tu palabra dice: Confía en el Señor tu DIOS de todo corazón, y no en tu propia Inteligencia. Reconócelo en todos tus caminos, y el allanara tus Sendas. (PROVERBIOS 3,5-6).

### **A MI HIJO:**

Lyan Nahúm, Por ser mi Mayor y más pura fuente de Inspiración y ese Motor que me impulsa a ser mejor Madre día con día. Eres el mejor Regalo que eh recibido por parte de nuestro padre DIOS.

Agradezco cada una de tus sonrisas y muestras de amor que me proporcionaste mientras yo realizaba el presente proyecto, así mismo te agradezco por elegirme como tu Mamá y emprender este camino juntos. Gracias Infinitas por existir en mi vida. TE AMO.

### **A MI MADRE:**

Por estar junto a mi cada día y en cada situación que la vida me presenta, por sus palabras de aliento y su compañía en este proceso, por ser esa mujer fuerte y luchadora que me enseño que el amor verdadero busca el bien para el otro y lo ayuda a superarse.

Gracias por no dejarme nunca y apoyarme en todas las metas que me eh propuesto, Gracias por ser mi Apoyo Incondicional, Gracias por ser mi Madre.

## **A MI MAESTRA:**

M.C. Luisa Angélica Viñas Meza. Por apoyarme en la realización de este Proyecto, para poder obtener mi grado académico, por sus enseñanzas y su paciencia. Gracias por compartir su gran conocimiento conmigo, gracias por su gran conocimiento, su tiempo, paciencia y dedicación para mi persona.

Los buenos maestros saben cómo sacar lo mejor de los estudiantes, y usted es una gran maestra.

## **RESUMEN**

En este trabajo del Manual de Procesos, se dará a conocer los pasos que se deben seguir en el momento de un siniestro con pacientes perfil Aseguradora. Así mismo se puede conocer la cobertura de cada tipo de seguro, de acuerdo con la Póliza adquirida. 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 se muestra qué se debe hacer, y cómo manejar la situación, dependiendo de la clase de siniestro.

Se elabora un Manual de Procedimientos para pacientes con Seguro de Gastos Médicos con el propósito de lograr los objetivos o metas del área de aseguradoras de manera eficiente y eficaz, que permita, precisar actividades, deslindar responsabilidades, establecer mecanismos de coordinación, evitar duplicidad de funciones, planificar, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos y las actividades de trabajo.

El uso y el manejo del Manual será de todos aquellos que intervengan en las labores de la empresa, siendo así aplicado a los distintos departamentos afectados, principalmente para el área de Recepción y Urgencias.

Para el desarrollo del Manual se lleva a cabo una investigación, así mismo para el modelado de la metodología, el proyecto estuvo enmarcado en el tipo de investigación proyectiva, fundamentada a nivel comprensivo con un diseño de fuente mixta (Documental y Campo).

Se emplean una serie de técnicas e instrumentos de recolección de datos, específicamente el análisis de fuentes documentales, la observación directa y las entrevistas no estructuradas (Técnicas e Instrumentos de recolección de datos según autores, s.f.).

## **INTRODUCCIÓN**

Los hospitales son organizaciones sanitarias de muy alta complejidad con pacientes distintos, diferentes grados de enfermedad y que, por lo tanto, requieren de una atención integral, lo que implica la necesidad de una coordinación de tareas y de procesos en un orden lógico, para conseguir un resultado adecuado.

El presente Manual de procedimientos para pacientes con Seguro de Gastos, incluye las actividades conferidas a realizar por el hospital.

El Manual incluye además las unidades administrativas que regularmente intervienen en los procesos de atención, logística y apoyo, así como de recepción de los pacientes con algún tipo de seguro de gastos médicos.

Se encuentra registrada la información básica referente al funcionamiento durante la prestación de los servicios hospitalarios, facilitando las labores de las áreas de aseguradoras, evaluación, y control interno, propiciando un escenario apropiado para el desarrollo de una mejora continua.

Así como también el dar a conocer los lineamientos que regirán la recepción y atención de pacientes con un seguro de gastos médicos, derivados de convenios de atención hospitalaria formalizados con aseguradoras, a fin de proporcionar los servicios de atención médica del Hospital.

Dentro del Hospital, las actividades realizadas repercuten en el cuidado del paciente, directamente (actividades clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico) o indirectamente (actividades gestoras, de dirección o de apoyo).

Tanto unas como otras son necesarias para lograr una atención sanitaria eficaz y eficiente y que cumpla además las expectativas del cliente y de las Aseguradoras.

Un proceso se puede definir como un conjunto de actividades lógicamente interrelacionadas y ordenadas que actúan sobre unas entradas y que van a generar unos resultados preestablecidos para unos usuarios identificados, (Clientes de Aseguradoras).

Hay tareas que se realizan sobre dichas entradas a las que añaden valor y se producen unas salidas o resultados.

Hay actividades con valor añadido y actividades repetidas. Hay procesos primarios; médicos y quirúrgicos, hay procesos de apoyo (mantenimiento) y procesos de gestión (área de Seguros).

## **Contenido**

<b>PRELIMINARES</b> .....	2
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>CAPÍTULO I</b> .....	12
<b>GENERALIDADES DE LA EMPRESA</b> .....	12
<b>1.1 Datos Generales de la Empresa</b> .....	13
<b>1.1.1 Antecedentes</b> .....	13
<b>1.1.2 Misión y Visión</b> .....	13
<b>1.1.3 Valores</b> .....	14
<b>1.1.4 Macrolocalización y Microlocalización</b> .....	14
<b>1.2 Problema de Investigación</b> .....	17
<b>1.3 Pregunta de Investigación</b> .....	17
<b>1.4 Objetivos</b> .....	18
<b>1.4.1 Objetivo General</b> .....	18
<b>1.4.2 Objetivos Específicos</b> .....	18
<b>1.5 Justificación de Investigación</b> .....	18
<b>CAPÍTULO II</b> .....	20
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	20
<b>2.1 Fundamentos Teóricos</b> .....	21
<b>2.1.1 Manual</b> .....	21
<b>2.1.2 Manual de Procesos</b> .....	22
<b>2.1.3 Importancia de los Manuales De Procesos</b> .....	23



<b>2.1.4 Objetivos de los Procedimientos.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Surgimiento de Clínicas en Teziutlán.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 Seguros .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.1 Seguros de Gasto Médico Mayor.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.2 Seguros Escolares .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3.3 Seguro de Gastos Médicos Menores .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3.4 ¿Qué se considera en un Seguro de Gastos Médicos? .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3.5 Seguro de Autos .....</b>	<b>30</b>
<b>2.4 Paciente .....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>32</b>
<b>DESARROLLO Y METODOLOGÍA .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Procedimiento y Descripción de las Actividades Realizadas .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1.1 Procedimiento y Descripción de las Actividades Realizadas.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1.2 Cronograma de Actividades .....</b>	<b>34</b>
<b>3.1.3 Estrategias Globales .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.4 Soluciones al Problema Principal y Subproblemas .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2 Alcance y Enfoque de la Investigación .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3 Hipótesis .....</b>	<b>37</b>
<b>3.4 Diseño y Metodología de la Investigación.....</b>	<b>37</b>
<b>3.5 Selección de Muestra .....</b>	<b>38</b>
<b>3.6 Recolección de Datos.....</b>	<b>38</b>
<b>3.6.1 Selección de Instrumento .....</b>	<b>39</b>
<b>3.6.2 Aplicación del Instrumento .....</b>	<b>42</b>

<b>3.6.3 Preparación de Datos</b> .....	43
<b>3.7 Análisis de Datos</b> .....	45
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	55
<b>RESULTADOS</b> .....	55
<b>CAPÍTULO V</b> .....	194
<b>CONCLUSIONES</b> .....	194
<b>5.1 Conclusiones del Proyecto, Recomendaciones y Experiencia Profesional y Personal Adquirida.</b> .....	195
<b>5.1.1 Conclusiones del Proyecto</b> .....	195
<b>5.1.2 Experiencia Profesional y Personal Adquirida</b> .....	195
<b>5.2 Conclusiones Relativas a los Objetivos Específicos</b> .....	197
<b>5.2.1 Analizar los diferentes tipos de procesos para su implementación dentro del Hospital, en el proceso de Inducción.</b> .....	197
<b>5.2.2 Conocer las Actividades que realiza el Área de Aseguradoras</b> .....	197
<b>5.2.3 Asegurar que la Recepción del Paciente sea adecuada, y se realice el reporte con su Aseguradora</b> .....	198
<b>5.3 Conclusiones Relativas al Objetivo General</b> .....	198
<b>5.3.1 Elaborar un Manual de Procesos, que describa la secuencia de Actividades a realizar por el Departamento de Aseguradoras, dentro de Policlínica Hospital de Especialidades Médicas.</b> .....	198
<b>5.4 Aportaciones Originales</b> .....	199
<b>5.5 Limitaciones del Modelo Planteado</b> .....	199
<b>5.6 Recomendaciones</b> .....	199
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	200

<b>COMPETENCIAS DESARROLLADAS</b> .....	200
<b>6.1 Competencias Desarrolladas o Aplicadas</b> .....	201
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	203
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	203
<b>7.1 Referencias</b> .....	204
<b>Referencias</b> .....	204
<b>CAPÍTULO VIII</b> .....	206
<b>ANEXOS</b> .....	206
<b>INDICE DE FIGURAS</b> .....	209
<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	212

# **CAPÍTULO I**

## **GENERALIDADES DE LA EMPRESA**

## **1.1 Datos Generales de la Empresa**

Policlínica Hospital de Especialidades Médicas.

El personal, además de caracterizarse por una preparación profesional y una vocación de servicio, comparte los valores institucionales y día con día trabajan apegándose a ellos.

### **1.1.1 Antecedentes**

“La Empresa Policlínica Hospital de Especialidades Médicas de Teziutlán S.A. de C.V. se encuentra ubicada en la ciudad de Teziutlán Puebla; en calle La Mesilla número 6, entre el Circuito Martínez de la Torre y Circuito Manzanos; con Código Postal 73800” (Policlínica , s.f.).

Cuenta con un significativo número de especialidades médicas como:

Alergología por el Dr. Alfredo Ariel Salazar Aguilar

Cirugía General, Endoscopia por el Dr. Jesús Díaz Gutiérrez

Ginecología y Obstetricia por el Dr. Jesús Díaz Gutiérrez

Neumología por el Dr. Sergio Valera Valera

Pediatría por el Dr. Alfredo Ariel Salazar Aguilar

Proctología y Urología por el Dr. Sergio Tejeda Parra.

### **1.1.2 Misión y Visión**

#### **Misión:**

Ofrecer servicios médicos integrales para el cuidado de la salud de nuestros pacientes, mediante un equipo profesional respaldado por capacitación continua y tecnología

actualizada; comprometidos en garantizar una atención segura, ética y de calidad a precios justos, manteniendo la satisfacción de nuestros clientes y usuarios.

### **Visión:**

Ser un hospital certificado en los estándares de calidad y seguridad del paciente, conformado por un equipo consolidado, que cuente con liderazgo y reconocimiento de la sociedad, en todas aquellas ciudades donde se tenga presencia, manteniendo una comunicación continua con el paciente, para lograr identificarnos como su institución de confianza.

### **1.1.3 Valores**

- Trabajo en Equipo: Equipo altamente capacitado con una cultura organizacional multidisciplinaria.
- Honestidad: Respeto la verdad de los hechos y de las personas.
- Confianza: Asistencia personalizada al paciente en todo los Estándares de Calidad.
- Ética: Actuar de manera profesional con rectitud.
- Excelencia: Aplicación y orden perfecto de los Estándares de Calidad dentro del Hospital.

### **1.1.4 Macrolocalización y Microlocalización**

#### **Macrolocalización:**

El estado Libre y Soberano de Puebla es una de las 32 Entidades Federativas de la República Mexicana. Se localiza en la región central de la nación; con una superficie de 34.306 km<sup>2</sup>, representa el 1.7% del territorio nacional. Su capital es la ciudad de Puebla de Zaragoza y está dividido en 217 municipios.

*Figura 1*

*Macrolocalización del estado de Puebla*



FUENTE: (<https://paratodomexico.com/estados-de-mexico/estado-puebla/index.html>, s.f.)

### **Microlocalización:**

El municipio de Teziutlán se localiza en la parte noroeste del Estado de Puebla. Sus coordenadas geográficas son los paralelos  $19^{\circ} 47' 06''$  y  $19^{\circ} 58' 12''$  de latitud norte y  $97^{\circ} 18' 54''$  y  $97^{\circ} 23' 18''$  de longitud occidental.

Colindancias:

Al Norte: Con Hueyapan y Hueytamalco.

Al Este: Con Xiutetelco y Jalacingo, Veracruz.

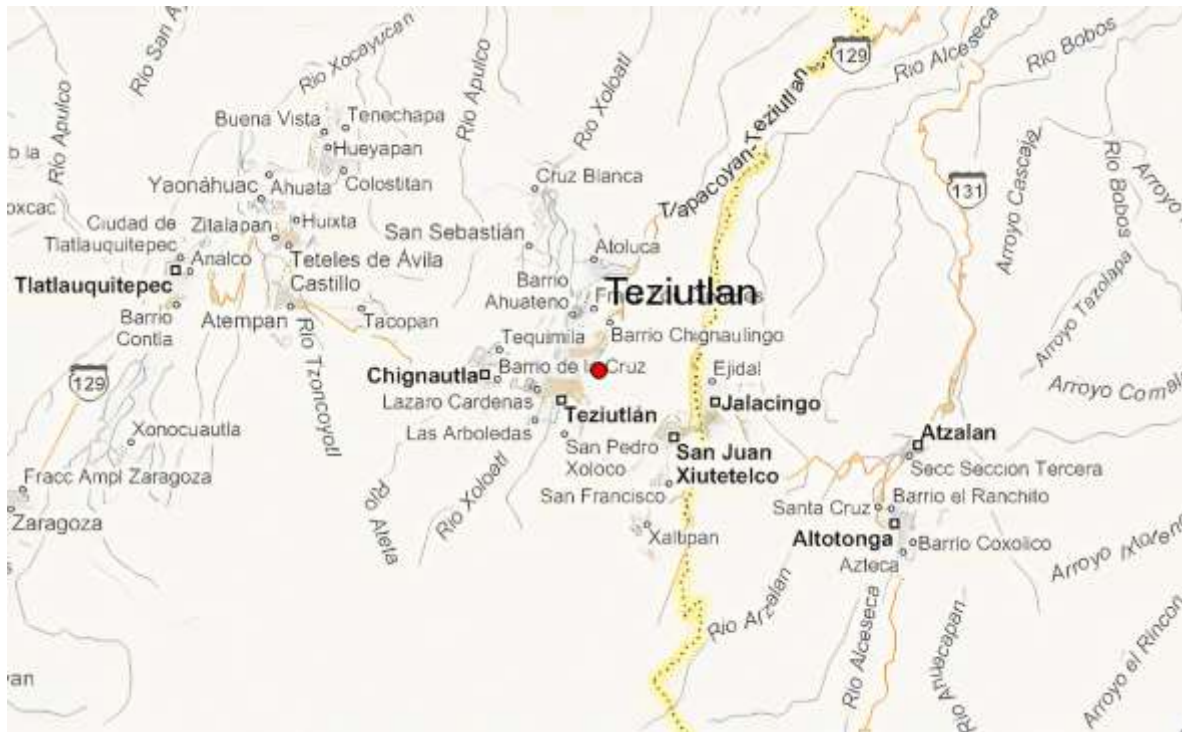
Al Sur: Con Atempan y Chignautla.

Al Oeste: Con Yaonáhuac.

Tiene una superficie de 92,64 km<sup>2</sup>, que lo ubica en el 134<sup>o</sup> lugar con respecto a los demás municipios del Estado.

*Figura 2*

*Microlocalización de Teziutlán, Puebla.*



FUENTE: (<https://paratodomexico.com/estados-de-mexico/estado-puebla/index.html>, s.f.)

### **Localización Policlínica**

Calle la Mesilla 6, Colonia La Mesilla, Teziutlán Puebla. C.P. 73800

231 313 82 02

[contacto@policlinica.com.mx](mailto:contacto@policlinica.com.mx)

*Figura 3*

*Hospital Policlínica Teziutlán, Puebla.*





FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

## 1.2 Problema de Investigación

Policlínica Hospital de Especialidades Médicas cuenta con un departamento de Aseguradoras, el cual está conformado por un Responsable del Área, un Coordinador, y un Auxiliar de Facturación.

Sin embargo, se ha observado que se presentan incidencias al momento de la recepción de pacientes que cuentan con algún tipo de Seguro de Gastos Médico, cuando el personal de aseguradoras no está en sus Horas Laborales.

Debido a que el Personal del Área de Urgencias, por donde ingresan los pacientes, no tienen conocimiento de los Procesos que se llevan a cabo con las diferentes Aseguradoras, así como del llenado de Formatos y Solicitud de Autorización para su atención.

## 1.3 Pregunta de Investigación

¿Qué Herramientas de Gestión Ayudan al mejor conocimiento y aplicación de los procesos que se llevan a cabo en las diferentes áreas de aseguradoras?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Elaborar un Manual de Procesos, que describa la secuencia de actividades a realizar por el departamento de Aseguradoras, para minimizar los errores que se presentan en los trámites.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Analizar los diferentes tipos de procesos para su implementación dentro del hospital, en el proceso de Inducción.
- Conocer las actividades que realiza el área de aseguradoras.
- Asegurar que la Recepción del Paciente sea adecuada, y se realice el reporte con su aseguradora.

## **1.5 Justificación de Investigación**

Con la finalidad de brindar un mejor servicio a los pacientes con seguro médico se propone el diseño de un Manual de Procesos a Pacientes con Seguro de Gastos Médicos, para describir la estructura de funciones, las tareas específicas y así poder obtener el control adecuado de la recepción y procesos que se llevan a cabo con los pacientes que ingrese a el área de Hospital, y que cuentan con algún tipo de Seguro de Gastos Médicos.

Así como el poder contar con información tangible de las Actividades básicas, y el cómo realizarlas, de manera que el personal del Hospital, este consiente de sus alcances y limitaciones para poder tomar decisiones.

Se obtendrá la información del área de Hospital, y se sentaran las bases para que el proceso de Admisión se optimice, es decir, que se desarrolle adecuadamente en cada una de las etapas de Recepción del paciente, al ingresar a el área de Hospital, de tal forma que se alcance una mejora en los procesos.

Esto ayudara a mejorar los tiempos de Ejecución, así como una atención adecuada cuando el personal a cargo del área de Aseguradoras no se encuentre laborando.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## **2.1 Fundamentos Teóricos**

### **2.1.1 Manual**

Como puede deducirse, es un instrumento importante en la administración, puesto que los manuales persiguen la mayor eficiencia y eficacia en la ejecución del trabajo asignado al personal para alcanzar los objetivos de la empresa.

Los manuales, por otra parte, deben servir para explicar las normas más generales con un lenguaje que pueda ser atendido por los empleados de todos los niveles, y en su caso por los administradores, dando énfasis a la información de los procesos y procedimientos administrativos.

Los manuales administrativos facilitan, además, el adiestramiento y orientación del personal; coadyuvan a normalizar y controlar los tramites de procedimientos y a resolver conflictos jerárquicos, así como otros problemas administrativos que surgen cuando el sistema de comunicación tiende a ser rígido (Duhalt Krauss, 1977).

Un Manual es un documento elaborado sistemáticamente, el principal propósito de los Manuales administrativos es el de instruir al personal acerca de aspectos como funciones, relaciones, procedimientos, políticas, objetivos, normas, etc., para lograr una mayor eficiencia en el trabajo (MX, s.f.).

Los Manuales deben reservarse para información de carácter estable, respecto a la estructura funcional, la estructura procedimental, aspectos técnicos, etcétera.

Un Manual es un instrumento de control sobre la actuación del personal, pero también es algo más, ya que ofrece la posibilidad de dar una forma más definida a la estructura organizacional de la empresa, que de esta manera pierde su carácter nebuloso y abstracto para convertirse en una serie de normas definidas (Valencia, 2002).

### **2.1.2 Manual de Procesos**

El Manual de Procesos es un documento que describe en forma lógica, sistemática y detallada las actividades de una institución o unidad organizativa de acuerdo con sus atribuciones y tomando en cuenta lo necesario para la ejecución eficiente de las mismas, generalmente señalan quién, cómo, cuándo, dónde y para qué han de realizarse estas actividades.

Este tipo de Manual se orienta a especificar detalles de la ejecución de actividades organizacionales, con el fin de unificar criterios a lo interno de la institución sobre la manera correcta en que deben ser realizadas. Al recuperar la información de la forma más adecuada de desempeñar las tareas, se logra asegurar su calidad, así como agilizar la circulación de la información para que esta llegue oportunamente a las unidades organizativas que la requieran (Valencia, 2002).

Los Manuales de procesos contienen un conjunto de definiciones operacionales, señalando la secuencia lógica de las acciones o pasos a seguir para la consecución de bienes o servicios determinados. Además, contienen ilustraciones a base de formularios, flujogramas y diagramas, cuyo objetivo es recurrir a la representación gráfica de la secuencia de actividades para hacerla más fácilmente comprensible (Valencia, 2002).

En el Manual de Procesos se especifica:

- ¿Quién debe hacer una actividad?
- ¿Qué debe hacerse en esa actividad?
- ¿Cómo debe hacerse la actividad?
- ¿Dónde debe hacerse?
- ¿Cuándo debe hacerse la actividad? (Valencia, 2002).

### **2.1.3 Importancia de los Manuales De Procesos**

- ✓ Constituyen una fuente formal y permanente de información y orientación acerca de la manera de ejecutar un trabajo determinado.
- ✓ Establecen los lineamientos y mecanismos para la correcta ejecución de un trabajo determinado.
- ✓ Contribuyen a dar continuidad y coherencia a las actividades que describen.
- ✓ Delimitan responsabilidades y evitan desviaciones arbitrarias o malos entendidos en la ejecución de un trabajo determinado.
- ✓ Facilitan la supervisión del trabajo y proporcionan a los jefes los elementos necesarios para verificar el cumplimiento de las actividades de sus subordinados.
- ✓ Son una herramienta para capacitar al personal en el desempeño de sus funciones.
- ✓ Sirven como base para la realización de estudios de métodos y sistemas, con la finalidad de lograr la agilización, simplificación, automatización, o desconcentración de las actividades que se llevan a cabo en las dependencias.
- ✓ Auxilian en las labores de auditoría administrativa (ORLANDO, 2008).

### **2.1.4 Objetivos de los Procedimientos**

- ✓ Lograr la agilización, simplificación, automatización o desconcentración de las actividades que se llevan a cabo en las dependencias.
- ✓ Ser una fuente formal y permanente de información y orientación acerca de la manera de ejecutar un trabajo determinado.
- ✓ Establecer los lineamientos y mecanismos para la correcta ejecución de un trabajo.
- ✓ Facilitar la supervisión del trabajo y proporcionar a los jefes los elementos necesarios para verificar el cumplimiento de las actividades.
- ✓ Ser una herramienta para capacitar al personal en el desempeño de sus funciones.
- ✓ Delimitar responsabilidades y evitar desviaciones arbitrarias o malos entendidos en la ejecución de un trabajo determinado.
- ✓ Auxiliar en la labor de auditorías interna y externa (MOYA, 2001).

La Gestión de Procesos se comprende con facilidad por su aplastante lógica, pero se asimila con dificultad por los cambios paradigmáticos que contiene.

Algunas diferencias entre organizaciones por procesos y Organización Funcional Tradicional:

- ✓ Procesos: De complejos a simples
- ✓ Actividades: De simples a complejas
- ✓ Indicadores: De desempeño o resultados
- ✓ Personal: De controlado a facultado
- ✓ Directivo: De controlador a entrenador/Líder (ORLANDO, 2008).

## **2.2 Surgimiento de Clínicas en Teziutlán**

Los hospitales aparecen en América apenas se inicia en ella la obra de España. Hemos visto cómo las instituciones hospitalarias fueron fruto de una idea de la vida frente a una serie de necesidades. Pues bien, al ocurrir el descubrimiento, la conquista y poco después la colonización de América, empiezan a presentarse circunstancias muy semejantes, ante un pueblo, el español, que había conservado un profundo sentido cristiano de la vida. La peste apareció en América al igual que en Europa como uno de los peores azotes (ESPAÑOLA, s.f.). Las nuevas formas de trabajo, la miseria de los nativos y los abusos de gran parte de los conquistadores, fueron factores que conjugados causaron la enfermedad y la muerte a millares de personas.

Las gentes morían en los caminos, en las calles o en las chozas, sin recibir auxilios de orden material, ni espiritual, y quedando sin conocer los motivos (Muriel, 2015). Frente a todos estos problemas surgió, como una fórmula salvadora, la vieja idea cristiana de los hospitales. Así lo pensaron los propios conquistadores, así lo conceptuaron los reyes, así lo creyeron obispos de la categoría de Quiroga y Zumárraga, y de igual modo lo entendieron los frailes, y así lo pensó el pueblo. En aquellos tiempos estaba grabado en la mente de todos, que los grandes problemas



sociales tenían solución en las obras de caridad. Los hospitales en América van a nacer con características muy semejantes a los de la Edad Media, pero al mismo tiempo en ellos aparecerán también, y de manera clarísima, las más avanzadas ideas del mundo moderno (Muriel, 2015).

Apenas comienzan a formarse las primeras poblaciones españolas de América, cuando los hospitales hacen su aparición. Según un documento algo tardío mencionado por Palm, es una mujer la que empieza a ejercer en la Isla Española la hospitalidad, recogiendo y curando a los pobres enfermos. Llegado Frey Nicolás de Ovando (1502). Tomó a su cargo la obra haciendo entonces, con la ayuda de los alcaldes, regidores y vecinos del lugar, un verdadero hospital cuya fundación se considera efectuada el 9 de noviembre de 1503. Se llamó de San Nicolás de Barí. En una construcción pequeña y deleznable, por lo que en 1519 fue necesario hacer una edificación mejor y en 1552 una reedificación.

Este último dio a la isla un hospital de dos pisos, en el que había salas para albergar, separadamente a los enfermos de calenturas y a los budas, lo mismo que a las mujeres; y tenía también, en un lugar aislado, sitio para unciones. La institución fue progresando, y en la segunda mitad del siglo XVI tenía capacidad para cincuenta personas (Muriel, 2015).

En instrucciones dadas a Diego Colón en 1509, se mencionan ya los hospitales de San Buenaventura y La Concepción. Estos son también obra popular, que se fortifica con la ayuda del gobierno. La erección jurídica del hospital de San Andrés, se realizó en 1512 al erigirse la catedral, pero no hay noticias de él hasta 1567. Este hospital estaba anexo al obispado y dependía de su cabildo. Cuando el pirata inglés Francis Drake saqueó la ciudad, en 1577, quemó el hospital de San Andrés y también el de los leprosos. Este último, llamado de San Lázaro, es también una de las primeras fundaciones hospitalarias de América, tal vez del segundo decenio del XVI.

Estaba en las afueras, como correspondía a todo enfermo, y en su levantamiento había intervenido principalmente la ciudad. Palm lo supone dependiendo del hospital de San Nicolás. Las órdenes religiosas se interesaron también en estas obras, pues aunque, como dice Beaumont, en las islas no pudieron en los principios realizar la "obra de los hospitales", a medida que se fueron fundando los conventos franciscanos y estableciéndose la provincia de la Santa Cruz, los frailes empezaron a recoger a los pobres enfermos atendiéndolos en todas sus necesidades (Muriel, 2015).

De este modo cada convento vino a ser, en cierta forma, un hospital. La aparición de estos primeros hospitales en la recién descubierta Isla Española, empieza a mostrarnos el ímpetu con que pasaba a América la obra hospitalaria. Al mismo tiempo que se proyectaban hospitales provisionales, se levantaban obras sólidas, hechas para durar. Instituciones de categoría como lo eran, en aquel tiempo las de España, procurando vincularlas a ellas. Cuando en 1534 Oviedo va a la metrópoli, pide la filiación del hospital de San Nicolás de Bari con el de Santo Espíritu, de Roma. Cosa que consigue en 1541 y que confirman los pontífices Sixto V, Clemente VIII y Paulo V.

Al hospital de San Lázaro el rey le concedió que gozase de los mismos privilegios que el hospital de San Lázaro de Sevilla. En la Nueva España realizada la conquista de la gran Tenochtitlán empieza a surgir en la mente de los conquistadores la idea de hacer de ella una ciudad de tipo español, principalmente por sus instituciones. Cuando Berna Díaz nos habla del modo "justo y bueno" como debió repartirse la Nueva España, dice: "una quinta parte para el Rey, tres para Cortés y los conquistadores y la quinta restante para que fuese la renta de ellas para iglesias y hospitales y monasterios", y mercedes que el rey quisiese conceder.

El mismo Cortés, preocupado en que la ciudad de México cobrase un nuevo esplendor, se esfuerza en que los indios regresen a poblarla como antes y los exceptúa del pago de tributos al rey, "hasta que tengan hechas sus casas, arregladas

las calzadas, puentes, acueductos y en la población de los españoles tuviesen hechas iglesias y hospitales y atarazanas y otras cosas que convenían".

## 2.3 Seguros

Es un contrato entre una persona física o jurídica que está expuesta a un riesgo y otra llamada asegurador, para que éste compense económicamente a la primera si llegase a ocurrir el riesgo cubierto. Dicha cobertura es onerosa, es decir, se hace a cambio de un precio llamado prima (ALLIANZ, s.f.).

Los seguros personales comprenden aquéllos que cubren riesgos que pueden afectar a la existencia, integridad personal o funcional o salud de una persona o un grupo de personas. Se incluyen, por tanto, dentro del concepto de seguros de personas los siguientes:

- ✓ Los seguros sobre riesgos que afectan a la existencia de las personas. Son los seguros de vida.
- ✓ Los seguros sobre riesgos que afectan a la integridad corporal o funcional de las personas. Son los seguros de invalidez, de lesiones en caso de accidente, etc.
- ✓ Los seguros sobre riesgos que afectan a la salud de las personas. Son los seguros de enfermedad (TORRES, 1986).

La característica que distingue los seguros que cubren el riesgo de vida de los demás seguros personales, de daños y patrimoniales, es la ausencia del principio indemnizatorio, que se sustituye por una prestación convenida. Es decir, los seguros de vida no pretenden reparar o indemnizar el daño o quebranto económico real que se produce por el acaecimiento del riesgo, si no proporcionar, por parte del asegurador, las sumas aseguradas o la prestación del servicio concertado. En cambio, en los demás seguros personales, así como en los de daños y patrimoniales, la prestación siempre consiste en la reparación de un quebranto económico real. Veremos a continuación las clases de seguros de personas más importantes (TORRES, 1986).

### **2.3.1 Seguros de Gasto Médico Mayor.**

Un seguro de Gastos Médicos Mayores es un plan de protección financiera para hacer frente a los gastos generados por la atención médica después de un accidente o enfermedad. ¿Cómo funciona un Seguro de Gastos Médicos Mayores?: El seguro de gastos médicos mayores te apoya a cubrir los gastos médicos siempre y cuando sean ocasionados después de un accidente o enfermedad. ¿Qué es una cobertura de seguros?: Son las protecciones que otorga la aseguradora en la póliza y que generalmente se establecen en las cláusulas del contrato de seguros, denominado póliza.

¿Qué se considera en un Seguro de Gastos Médicos?: LA SUMA ASEGURADA: Es la cantidad máxima que pagara la aseguradora por cada siniestro (enfermedad o accidente) que se presente al ASEGURADO; EL DEDUCIBLE: Es la participación del asegurado en el costo de un siniestro. Toma en cuenta que la aseguradora no pagara accidentes o enfermedades cuya atención o tratamiento implique un monto menor al deducible; EL COASEGURO: La mayoría de los seguros de gastos médicos, además del deducible, hacen que el usuario se solidarice con ellos pagando una parte de los gastos, a lo cual se le llama coaseguro. Por lo general se expresa en porcentaje.

PERIODO DE ESPERA: Es un periodo de tiempo establecido en la póliza (a partir de la contratación del seguro), durante el cual la aseguradora no cubre los gastos por la atención o tratamiento médico de ciertas enfermedades o padecimientos; PREEXISTENCIA: Es la enfermedad o padecimiento que se inició antes de la contratación del seguro de gastos médicos, que por consecuencia no están cubiertos por el seguro; LAS EXCLUSIONES: Son aquellas enfermedades o tratamientos que la aseguradora no cubre. Dependiendo de la institución, los más comunes son; cirugías estéticas, estudios psiquiátricos, padecimientos congénitos, homeopatía, accidentes o enfermedades por consumo de drogas, tratamientos de fertilidad, entre otras.

¿Qué se considera en un Seguro de Gastos Médicos Mayores?

1. Los seguros de gastos médicos tienen en su cobertura una suma asegurada para accidentes y enfermedades.
2. ACCIDENTE: Eventos tales como un atropellamiento, una fractura, una caída o un golpe sufrido.
3. ENFERMEDAD: Es un evento causado por mal funcionamiento corporal, o por efectos de un virus, bacterias u otros factores externos que dañan la salud.
4. Muchas compañías no cobran deducible en caso de que el gasto sea originado por un accidente, y si lo cobrarán cuando el gasto es derivado de una enfermedad (Delgado, 1996).

### **2.3.2 Seguros Escolares**

Los seguros personales de accidentes escolares están dirigidos a las escuelas que desean proteger a sus alumnos en caso de sufrir un accidente que pueda crear un desequilibrio económico familiar

Se cubre a los alumnos de un accidente, durante el desarrollo de las actividades escolares y hasta el regreso a su casa.

El seguro escolar es un beneficio que protege al estudiante que sufre un accidente o lesión a causa o con ocasión de sus estudios o durante la realización de su práctica profesional. Los estudiantes también quedan protegidos durante el trayecto entre su domicilio y el recinto educacional o el lugar donde realizan su práctica (Biblioteca Del Congreso Nacional De Chile, s.f.).

### **2.3.3 Seguro de Gastos Médicos Menores**

Enfocada a medicina familiar, medicina preventiva. Ese tipo de seguros (de gastos menores) son preventivos, más enfocados a la conservación de la salud. Se debe tener presente que actualmente las leyes prohíben que los seguros de gastos médicos mayores cubran costos de medicina preventiva. Incluye consultas en área de urgencias con médico General, estudios de laboratorio o gabinete si así lo requiere la urgencia, consulta con especialista y procedimientos menores y medicamento. También toma en cuenta que

algunas pólizas cubren medicamentos y otras no, incluso en ocasiones se cubren estudios al 70% y otras al 100%, o bien, otras ofrecen pagar las consultas con un costo fijo o bien establecen un copago, con montos fijos en consultas, estudios y medicamentos (Delgado, 1996).

### **2.3.4 ¿Qué se considera en un Seguro de Gastos Médicos?**

**LA SUMA ASEGURADA:** Es la cantidad máxima que pagara la aseguradora por cada siniestro (enfermedad o accidente) que se presente al ASEGURADO.

**EL DEDUCIBLE:** Es la participación del asegurado en el costo de un siniestro. La aseguradora no pagara accidentes o enfermedades cuya atención o tratamiento implique un monto menor al deducible (MEXICO, s.f.).

**EL COASEGURO:** La mayoría de los seguros de gastos médicos, además del deducible, hacen que el usuario se solidarice con ellos pagando una parte de los gastos, a lo cual se le llama coaseguro. Por lo general se expresa en porcentaje

**PERIODO DE ESPERA:** Es un periodo de tiempo establecido en la póliza (a partir de la contratación del seguro), durante el cual la aseguradora no cubre los gastos por la atención o tratamiento médico de ciertas enfermedades o padecimientos.

**PREEXISTENCIA:** Es la enfermedad o padecimiento que se inició antes de la contratación del seguro de gastos médicos, que por consecuencia no están cubiertos por el seguro (AGENTE DE SEGUROS INBURSA, s.f.).

### **2.3.5 Seguro de Autos**

Los seguros de Autos protegen al vehículo asegurado en caso de accidentes vehiculares contra riesgos como choques, robo total, lesiones a ocupantes y daños a terceros en su persona y en sus bienes (MAPFRE , s.f.).

## **2.4 Paciente**

Individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. El término paciente se puede declinar de varias maneras (SALUD, s.f.).

Los pacientes agradables son generalmente muy fáciles de cuidar; la mayoría de los pacientes entran en esta categoría. Sin embargo, el principal problema de estos pacientes es que, dada su simpatía, un médico puede estar tentado de ser más tranquilizador y optimista de lo que debe ser cuando el realismo dicta lo contrario (SALUD, s.f.).

Los pacientes valientes tienen la fuerza suficiente para afrontar con entereza cualquier diagnóstico por duro que resulte (EcuRed, s.f.).

Los pacientes directos son a los que les gusta estar al mando, controlando todo. Te dicen que lo quieren y no dudan en mostrarse en desacuerdo con el médico si no les gusta lo que está diciendo o haciendo (EcuRed, s.f.).

Los pacientes ansiosos pueden llevar mucho tiempo y a menudo requieren mucha tranquilidad. El caso más extremo es el paciente hipocondriaco que llama a urgencias ante el más mínimo dolor (EcuRed, s.f.).

# **CAPÍTULO III**

## **DESARROLLO Y METODOLOGÍA**



## **3.1 Procedimiento y Descripción de las Actividades Realizadas**

### **3.1.1 Procedimiento y Descripción de las Actividades Realizadas Análisis de Procesos**

Como primera actividad, se conocen los procesos internos que realiza Policlínica Hospital de Especialidades Médicas, posterior a esto, se está presente cuando se llevan a cabo dichos procesos, con la finalidad de determinar las técnicas utilizadas y las áreas de oportunidad para una mejora continua.

#### **Revisión del Programa de Inducción**

Después se revisa el plan de capacitación y los temas que se abordan en la Inducción. Se está presente en la capacitación que proporciona el Departamento de Aseguradoras y se observan los métodos y técnicas que se utilizan para su implementación.

#### **Descripción de la Recepción de Pacientes**

Se realiza la descripción del proceso de recepción de los pacientes que ingresan al Hospital, y los cuales cuentan con algún tipo de Seguro de Gastos Médicos.

Desde su ingreso y hasta la salida del paciente, y los formatos solicitados por cada una de las diferentes aseguradoras con las que tiene contrato el Hospital.

#### **Actividades del Área de Aseguradoras**

Se realiza un listado de las actividades que hace el personal de Aseguradoras, así como sus responsabilidades y funciones dentro del Hospital, con lo cual se lleva a cabo el proceso de Ingreso, Estadía, y Egreso del mismo.

### 3.1.2 Cronograma de Actividades

Figura 4

Cronograma de actividades



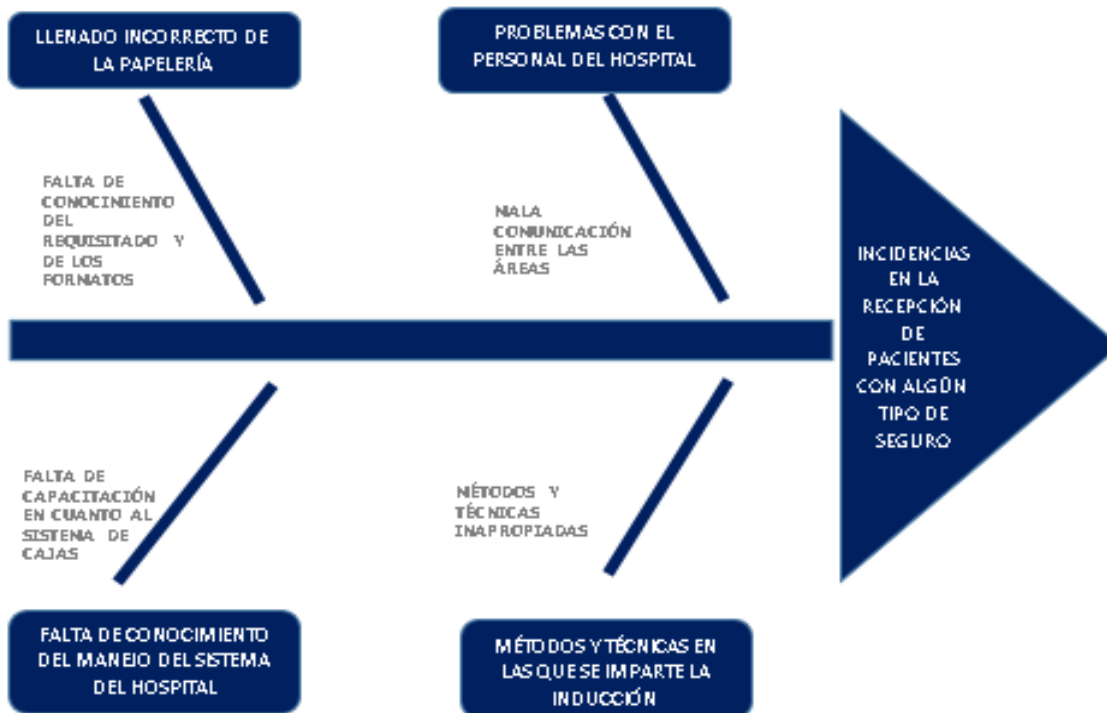
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

### 3.1.3 Estrategias Globales

Dentro de este tema se presenta el Diagrama de Ishikawa, planteamiento del Problema y Subproblemas dentro de Policlínica Hospital de Especialidades Médicas.

Figura 5

Diagrama de Ishikawa



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

### 3.1.4 Soluciones al Problema Principal y Subproblemas

Llenado incorrecto de Papelería

- Proporcionar papelería requisitada como ejemplo
- Capacitación constante sobre las actualizaciones de la papelería

Problemas con el personal del Hospital

- Mejorar los canales de Comunicación entre el personal
- Proponer convivencias dentro de la Empresa

Falta de conocimiento del manejo del Sistema del Hospital

- Actualización constante de las mejoras que tenga la Plataforma del Sistema
- Capacitación sobre las Actualizaciones

Métodos y Técnicas con las que se imparte la Inducción

- Actualización y mejoras en el programa de Inducción
- Mejoras en la Herramienta de Inducción

## **3.2 Alcance y Enfoque de la Investigación**

El presente proyecto se lleva a cabo a través de la investigación exploratoria que permite indagar más a fondo sobre los problemas que se presentan en el Hospital, con el ingreso de los pacientes con perfil Aseguradora, en Policlínica Hospital de Especialidades Médicas.

La investigación exploratoria es un tipo de investigación utilizada para estudiar un problema que no está claramente definido, por lo que se lleva a cabo para comprenderlo mejor, pero sin proporcionar resultados concluyentes.

El alcance de la investigación es cuantitativo, ya que considera el análisis de los 4 subproblemas plasmados en un diagrama de Ishikawa, para poder dar una posible solución a los mismos.

- Llenado incorrecto de Papelería
- Problemas con el personal del Hospital
- Falta de conocimiento en el manejo del Sistema del Hospital
- Métodos y Técnicas con las que se imparte la Inducción.

### 3.3 Hipótesis

A mayor desconocimiento en el llenado correspondiente de cada aseguradora en el área de cajas, mayor es el problema en el ingreso de los pacientes.

### 3.4 Diseño y Metodología de la Investigación

La metodología aplicada para el presente proyecto, se divide en cuatro partes quedando de la siguiente forma:

*Figura 6*

*Tipos de investigación*

TIPO DE INVESTIGACIÓN	FUNDAMENTO
<b>Básica</b>	Busca el aumento del conocimiento para responder a preguntas o para que esos conocimientos puedan ser aplicados en otras investigaciones, ya que es un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplica al estudio de un fenómeno.
<b>Aplicada</b>	Se establece como una metodología por objetivos, la cual hace referencia a aquellos procesos que buscan convertir el conocimiento puro, en un conocimiento práctico y útil para la sociedad.
<b>Exploratoria</b>	Utilizada para estudiar un problema que no está claramente definido, por lo que se lleva a cabo para comprenderlo mejor, pero sin proporcionar resultados concluyentes. Con ella se genera la hipótesis que permite el impulso a buenos resultados.
<b>Cualitativa</b>	Se lleva a cabo la observación y así mismo se obtienen comentarios de los colaboradores, para construir un conocimiento de la realidad social.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

### **3.5 Selección de Muestra**

Para la determinación de la Muestra se tiene el total de los colaboradores de Policlínica Hospital de Especialidades Médicas, para el área de Aseguradoras, y el área de Cajas. Debido a que ellos son los receptores de los pacientes que ingresan al Hospital con algún tipo de Seguros.

El Área de Cajas cuenta con 6 personas en total en sus diferentes turnos (Diurno, Nocturno y Mixto), y el Área de Aseguradoras cuenta con 4 personas en un solo turno Diurno. Lo que nos da un total de 10 personas en total para realizar la encuesta.

### **3.6 Recolección de Datos**

La recopilación de los datos se lleva a través de una encuesta que se realiza a el personal de las áreas involucradas en la recepción de los pacientes del Hospital.

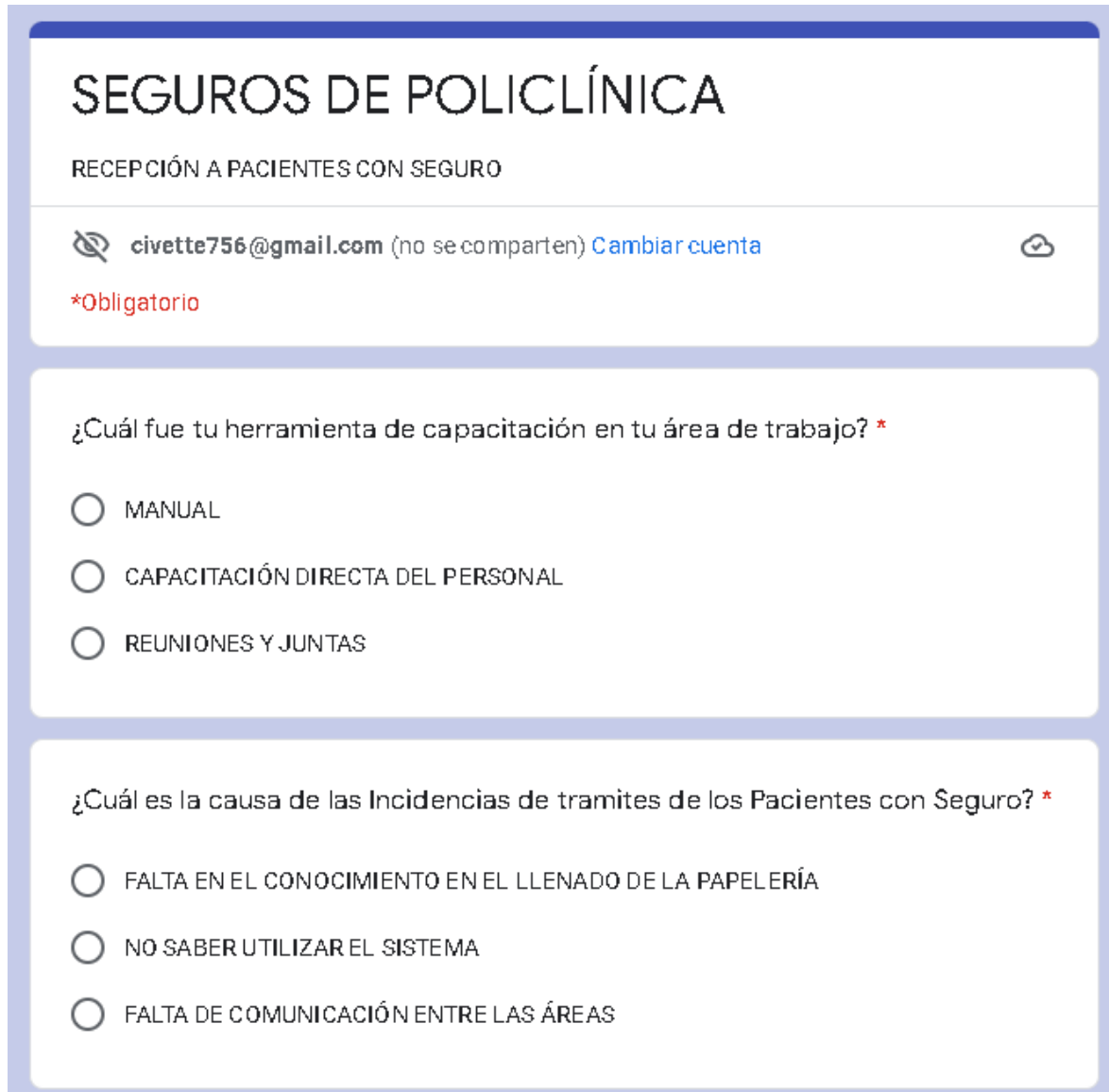
(ÁLVAREZ, 2001) Define a las fuentes y técnicas para recolección de la información como los hechos a los que acude el investigador y que le permite tener información. También señala que las técnicas son los medios empleados para recolectar información, además manifiesta que existen: fuentes primarias y fuentes secundarias.

Las fuentes primarias son la información oral o escrita que es recopilada directamente por el investigador a través de relatos o escritos transmitidos por los participantes en un suceso o acontecimiento, mientras que las fuentes secundarias es la información escrita que ha sido recopilada y transcrita por personas que han recibido tal información a través de otras fuentes o por un participante en un suceso o acontecimiento.

### 3.6.1 Selección de Instrumento



Figura 7

Encuesta para seguros de Policlínica



**SEGUROS DE POLICLÍNICA**

RECEPCIÓN A PACIENTES CON SEGURO

 civette756@gmail.com (no se comparten) [Cambiar cuenta](#) 

\*Obligatorio

¿Cuál fue tu herramienta de capacitación en tu área de trabajo? \*

- MANUAL
- CAPACITACIÓN DIRECTA DEL PERSONAL
- REUNIONES Y JUNTAS

¿Cuál es la causa de las Incidencias de tramites de los Pacientes con Seguro? \*

- FALTA EN EL CONOCIMIENTO EN EL LLENADO DE LA PAPELERÍA
- NO SABER UTILIZAR EL SISTEMA
- FALTA DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS ÁREAS

¿Considera que el Uso de un Manual ayudaría a evitar las Incidencias? \*

- SI
- NO

¿Conoce todos los Procedimientos que se Realizan para el acceso a pacientes con algún tipo de Seguro? \*

- SI
- NO
- SOLO LOS PROCEDIMIENTOS DE MI ÁREA

¿Conoce las Actividades que Realiza el Área de Aseguradoras? \*

- SI
- NO
- SOLO LAS BASICAS



¿Conoce las Actividades que Realiza el Área de Cajas del Hospital? \*

- SI
- NO
- SOLO LAS BASICAS

¿Conoce los Procesos para que la Recepción de los pacientes con Seguro sea la Correcta? \*

- MENOS DE UN 50%
- MÁS DE UN 75%
- AL 100%

¿Sabe a que ayuda un Manual de Procedimientos? \*

- DESCRIBE EN FORMA LÓGICA, SISTEMÁTICA Y DETALLADA LAS ACTIVIDADES DE UNA INSTITUCIÓN
- SE ENCARGA DE DAR LAS DIRECTRICES A UN USUARIO DE COMO REALIZAR UNA ACTIVIDAD
- DA A CONOCER LAS INSTRUCCIONES PARA EL DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD

¿Tiene un catálogo de contactos de las Aseguradoras? \*

- SI
- NO

¿Sabe llenar los Formatos de las Aseguradoras con las que Trabaja el Hospital? \*

- MENOS DEL 50%
- MÁS DEL 50%
- MÁS DEL 80%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 20222

### 3.6.2 Aplicación del Instrumento

La encuesta se aplica de manera individual a los colaboradores de las áreas de Aseguradoras y Cajas de Policlínica Hospital de Especialidades Médicas.

Cuenta con múltiples respuestas para poder obtener información más precisa sobre el tema de Seguros dentro de dichas Áreas, así como también está disponible a través de un link de acceso para poder ser respondida en el tiempo que tengan disponible y con

esto poder mejorar la calidad de las respuestas, al no verse obligados a contestar a las prisas.

La encuesta social, unos de los tipos más utilizados de la investigación, es un método de obtención de información mediante preguntas orales o escritas, planteadas a un universo o muestra de personas que tienen características requeridas por el problema de investigación.

La información que se puede obtener mediante la encuesta es muy variada; ello explica su gran utilización en investigaciones teóricas y aplicadas de la sociología, la psicología social, la ciencia política, la demografía, la educación, el estudio de mercados y de costos de vida, etc (Briones, 1987).

### **3.6.3 Preparación de Datos**

La recolección de Datos de la Encuesta se divide en las siguientes Etapas:

- 1. Recogida:** En esta Etapa, se presenta la encuesta y se solicita que sea respondida por el personal de la empresa involucrado en las áreas de nuestro interés, para poder generar las propuestas de mejora.
- 2. Preparación:** En esta etapa se manipulan los datos, con el fin de que adquieran el formato adecuado para su posterior análisis y procesamiento.
- 3. Entrada de Datos:** Se puede llevar a cabo de forma manual, digital o automatizada, con la finalidad de convertir los datos en información procesable. En la presente investigación se realiza de forma digital, compartiendo el link de acceso a la encuesta de forma personal a cada uno de los colaboradores, y posterior a las respuestas, se analiza el porcentaje de cada una de ellas.
- 4. Procesamiento:** Los datos se someten a diversos métodos, cada uno con sus instrucciones, a través de los que se intentan evaluar, clasificar y organizar para obtener información que sea útil.

**5. Interpretación y Análisis de Datos:** La información que ya está procesada se transmite a el encargado del área, quien se encargara de acceder a ella a través de las respuestas que nos proporcionó el sistema en el que se realizó la encuesta, con la finalidad de que se logre tomar una decisión que encamine a una mejora dentro de la empresa.

### 3.7 Análisis de Datos

Figura 8

Resultado de la pregunta 1



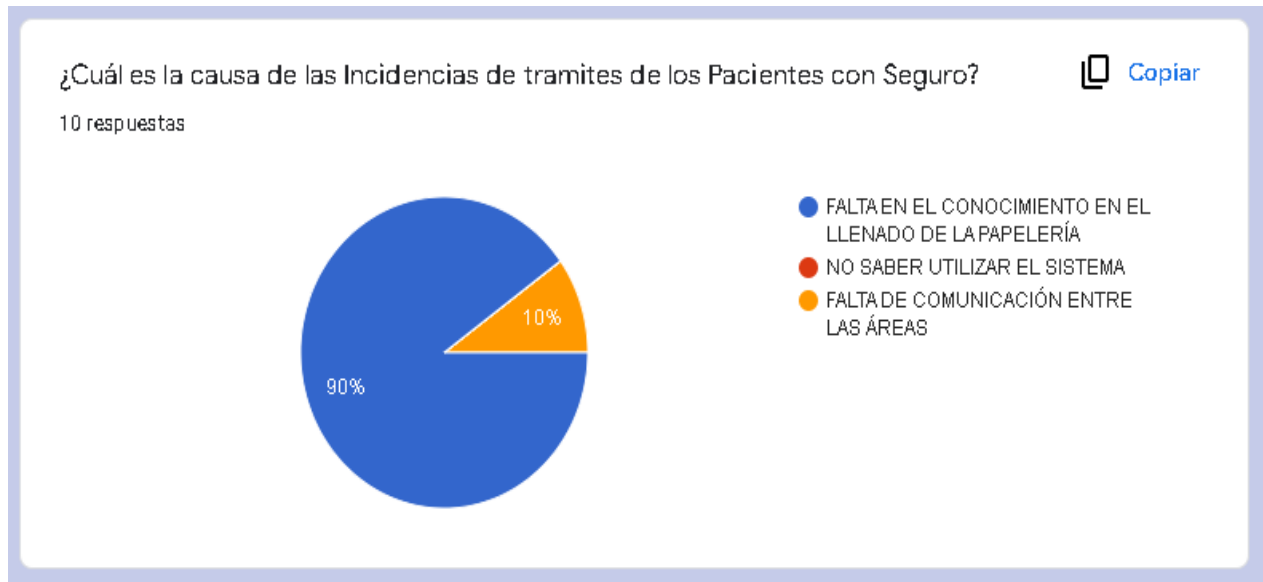
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

En la pregunta 1 de la encuesta, el 100% de los empleados responden que su capacitación fue a base del personal del hospital, los cuales de forma verbal explican las actividades a realizar dentro de cada área según sea el caso.

Así como también a través de la visualización, es como se lleva la capacitación del nuevo personal o de la nueva área en la que se encuentre laborando.

El conocimiento que se va adquiriendo es a través de las propias experiencias que se suscitan en el día a día laboral.

*Figura 9*  
*Resultado de la pregunta 2*



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

En la pregunta 2, un 90% de los empleados respondieron que el principal problema que se les presenta en los tramites de los pacientes con algún tipo de seguro, es el que tienen por la falta en el conocimiento en el llenado de la papelería, lo que se refiere a los formatos que cada aseguradora proporciona o requiere para poder cubrir los gastos del paciente.

Sin embargo el 10% restante, menciona que uno de los principales problemas también se debe a la falta de comunicación que se tiene entre las áreas involucradas en dicho proceso, con lo cual se puede percibir que las acciones para lograr una mejor comunicación son una buena opción a implementar por el departamento de RH.

*Figura 10*  
*Resultado de la pregunta 3*



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

Como resultado de la pregunta 3 de la encuesta, el 100% responde que considera que la implementación de un Manual puede ayudar a evitar las incidencias que se presentan en los procesos que se llevan a cabo en los pacientes con Seguro de Gastos, dentro de Policlínica Hospital de Especialidades Médicas.

El manual permite a la empresa estandarizar los conocimientos para todo el personal, y es importante debido a que el servicio otorgado a los clientes será siempre el mismo, sin importar quien lo elabore.

Figura 11

Resultado de la pregunta



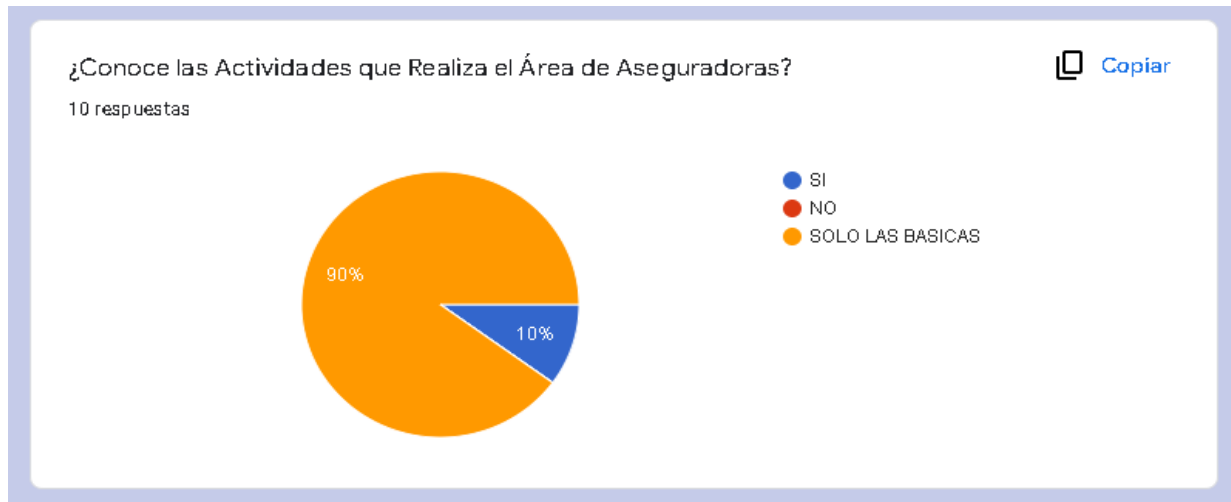
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

El resultado de la pregunta 4 arroja datos en las tres opciones que se les presentaron a dicho cuestionamiento, respecto a que si conocen todos los procedimientos que se realizan para el acceso a pacientes con algún tipo de seguro, el 20% da como respuesta que si los conocen, mientras que el 10% dio como respuesta que no los conocen, y el 70% restante dio como respuesta que conocen los procedimientos, pero solo los que estan relacionados con el area en la que se encuentran laborando.

Con lo que se puede notar en conjunto con la pregunta 2, que la falta de conocimiento y la falta de comunicación entre las áreas, son un factor importante dentro de las incidencias, y que con la implementación de un Manual de Procesos se pretende anular este tipo de incidencias en los pacientes con Seguro que ingresan a el área Hospitalaria.



*Figura 12*  
*Resultado de la pregunta 5*



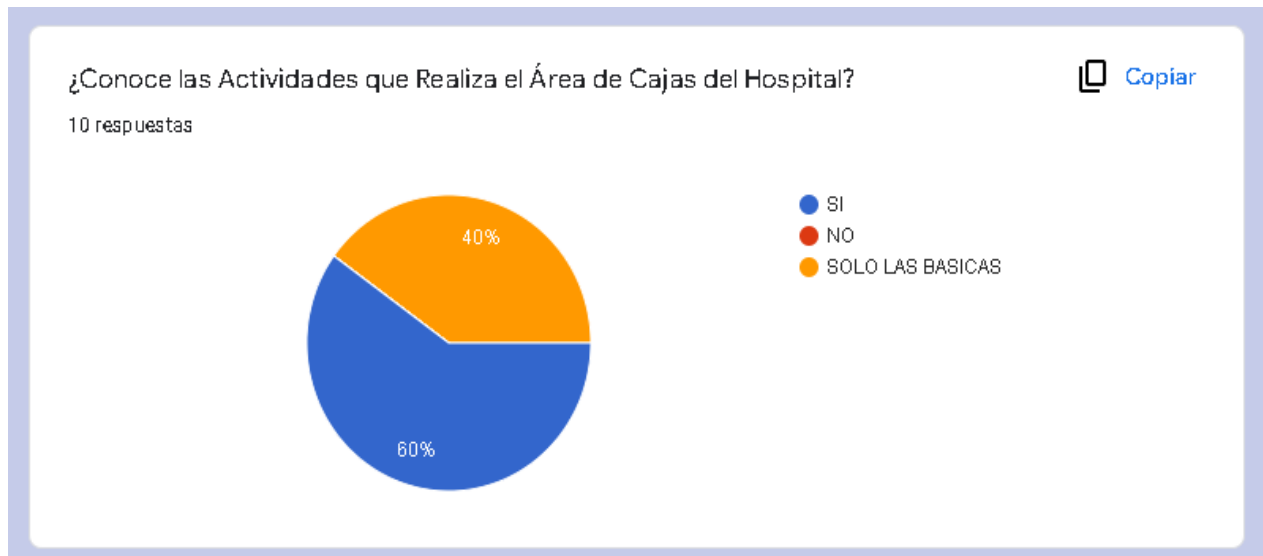
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

Como resultado de la pregunta 5, se obtiene que solo el 10% de las respuestas nos mencionan que si conocen las actividades que se realizan por el personal de las Aseguradoras, considerando que son 4 personas a cargo de ese departamento.

Mientras que el 90% restante dio como respuesta que solo conocen las actividades básicas que realiza dicho departamento dentro del Hospital.

Con lo que se puede considerar que el nivel de incidencias incrementa por la falta de conocimiento de Actividades.

*Figura 13*  
*Resultado de la pregunta 6*



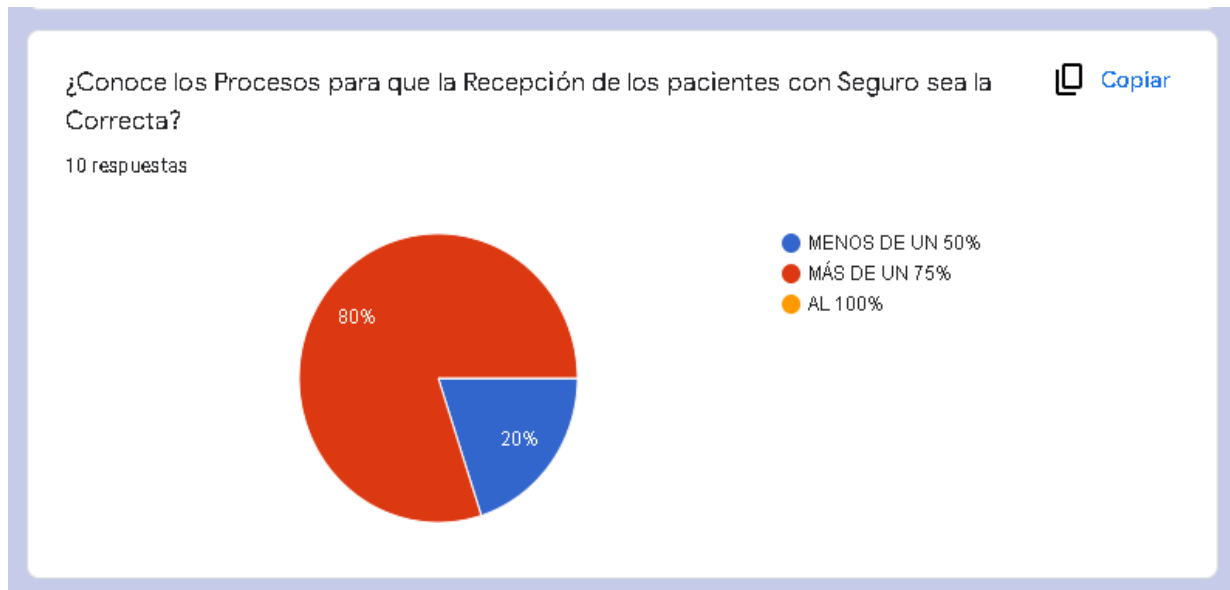
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

Con un 60% como respuesta con un si, se presenta la pregunta 6 que hace referencia a que si conocen las actividades que realiza el área de Cajas del Hospital.

Considerado que son 6 personas en total las que trabajan en esa área en los diferentes turnos de servicio que presta el hospital, solo el 40% respondió que solo conoce las actividades básicas.

Las actividades que realiza el área de cajas, se considera que son el primer filtro de acceso para los pacientes, debido a que son los encargados de recabar el expediente con el que se les da ingreso a los pacientes y se les otorga el servicio.

*Figura 14*  
*Resultado de la pregunta 7*



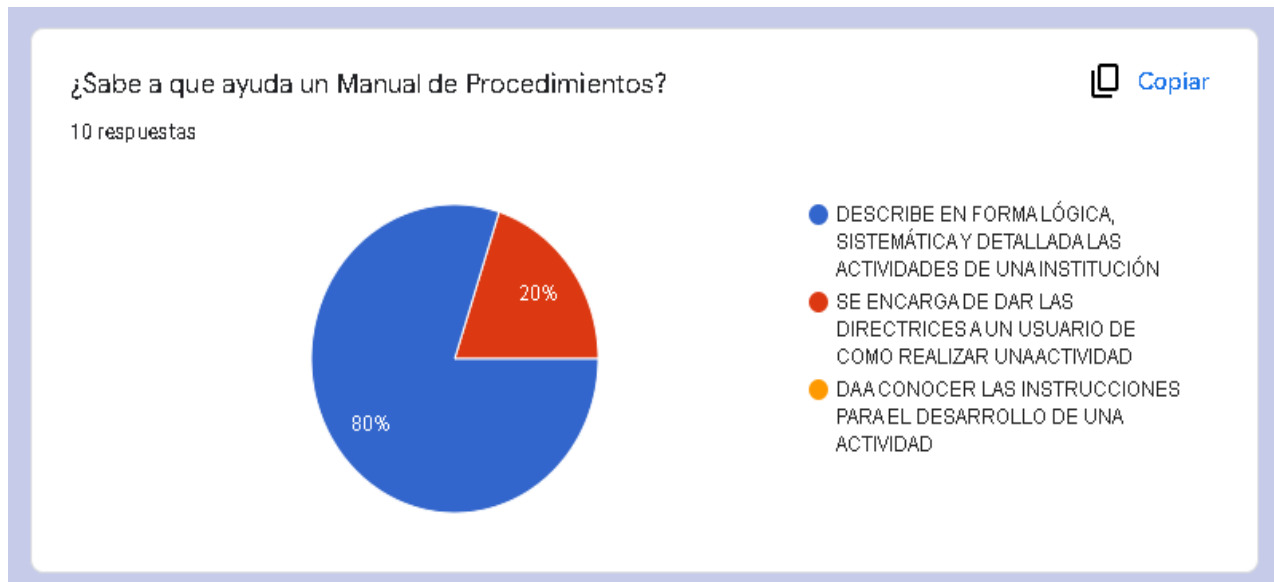
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

La pregunta 7 hace mención a que si los empleados de Policlínica Hospital de Especialidades Médicas, conocen los procesos para que la recepción de los pacientes sea la correcta, obteniendo como respuesta que el 20% de las respuestas mencionan que solo conocen menos de un 50% de los procesos.

Y el 80% restante dio como respuesta la opción de que conocen más de un 75% del total de los procesos que se llevan a cabo para la recepción de los pacientes.

Como tercera opción se tiene el 100% de conocimiento, pero como se puede observar no se obtuvo ninguna respuesta en esa opción.

Figura 15  
Resultado de la pregunta 8



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

¿Sabe a que ayuda un Manual de Procedimientos?, fue la pregunta que se presento como la numero 8 de la encuesta.

De donde se obtiene como resultado que el 20% de las respuestas contabilizadas son los que consideran que son los encargados de dar las directrices a un usuario de como realizar una actividad.

Y el 80% responde de forma acertada que un Manual de Procedimientos describe en forma logica, sistematica y detallada las actividades de una institucion.

Analizando que son muy poco los que no conocen las funciones de un Manual de Procesos.

*Figura 16*  
*Resultado de la pregunta 9*

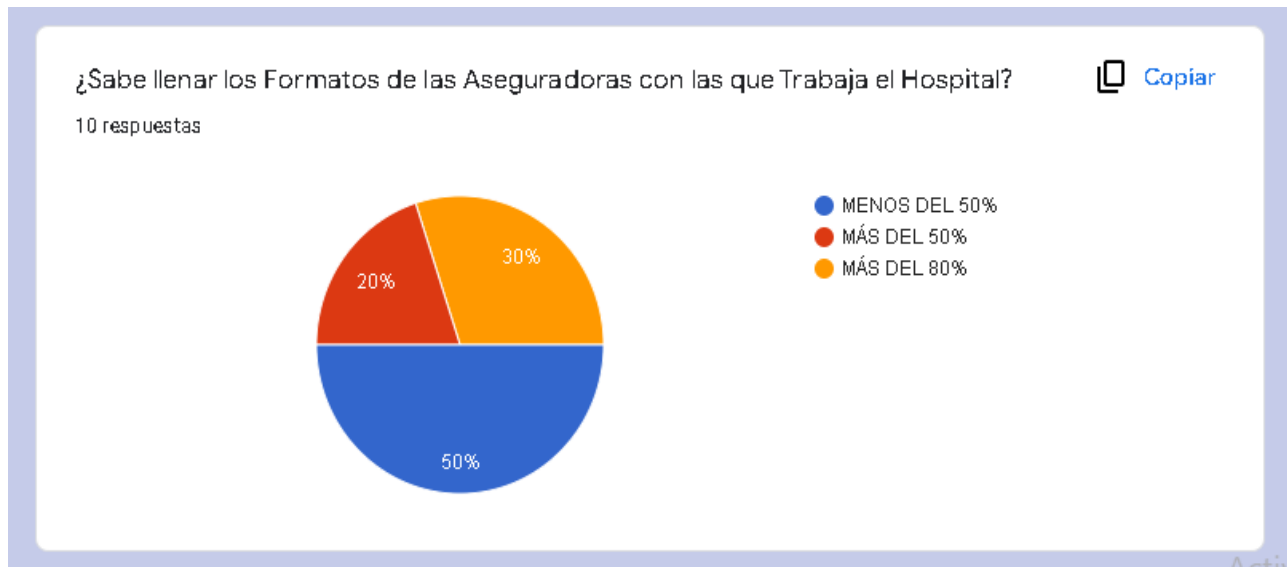


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

Con un 100% como respuesta total, se tiene un catalogo para poder ponerse en contacto con las Aseguradoras. Con lo que se logra generar los reportes y solicitar las polizas o datos requeridos para el expediente de los pacientes que ingresan al Hospital, con la finalidad de poder recibir un servicio dentro del Hospital.

Lo que facilita los procesos de recepcion dentro del Hospital, cabe mencionar que dicho catalogo debe ser actualizado constantemente para poder tener comunicación mas acertada.

*Figura 17*  
*Resultado de la pregunta 10*



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

El resultado de la pregunta 10, sobre el cuestionamiento de que si sabe llenar los formatos de las Aseguradoras con las que Trabaja el Hospital, se encontró que el 20% de las respuestas hacen referencia a que saben llenar más del 50% de los formatos totales.

Un 30% dio como respuesta que saben llenar más del 80% de los formatos totales de las Aseguradoras con las que se tiene convenio.

Y el 50% restante dio como respuesta que conocen menos del 50% del total de los formatos de Aseguradoras, con lo que se puede visualizar que es un punto importante en las incidencias de procesos a pacientes con algún tipo de Seguro.

# **CAPÍTULO IV**

## **RESULTADOS**



**“MANUAL DE PROCESOS  
A PACIENTES CON SEGURO  
DE GASTOS MEDICOS”**





El Manual de Procesos es un instrumento administrativo que requiere toda organización, el cual permita el mantenimiento de los recursos y controlar sus actividades, mediante la emisión de lineamientos y políticas de las empresas con relación al giro propio de sus actividades, ya sea a la producción de bienes o de servicios.

Estos manuales describen en forma sistemática, tanto las acciones como las operaciones que deben seguirse para el adecuado funcionamiento de la empresa. Además, con los manuales puede hacerse un seguimiento adecuado y secuencial de las actividades ya establecidas en orden lógico y en un tiempo definido (Ramos Huancani, 2018).

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente Manual de procedimientos para pacientes con Seguro de Gastos Médico y de atención hospitalaria, es un documento que contiene la información básica de las actividades indispensables que deben ejecutarse para la realización y cumplimiento de las funciones asignadas al hospital.

El Manual incluye además las unidades administrativas que regularmente intervienen en los procesos de atención, logística y apoyo, así como de recepción de los pacientes con algún tipo de seguro de gastos médicos.

Se encuentra registrada la información básica referente al funcionamiento durante la prestación de los servicios hospitalarios, facilitando las labores de las áreas de Cajas y Ventas e Instituciones propiciando un escenario apropiado para el desarrollo de una mejora continua.

Así como también el dar a conocer los lineamientos que regirán la recepción y atención de pacientes con un seguro de gastos médicos, derivados de convenios de atención hospitalaria formalizados con Aseguradoras, a fin de proporcionar los servicios de atención médica del Hospital.

Los Hospitales son organizaciones sanitarias de muy alta complejidad con pacientes distintos, distintos grados de enfermedad y que, por lo tanto, requieren de una atención integral, lo que implica la necesidad de una coordinación de tareas y de procesos en un orden lógico, para conseguir un resultado adecuado.

Dentro del Hospital, las actividades realizadas repercuten en el cuidado del paciente, bien directamente (actividades clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico) o indirectamente (actividades gestoras, de dirección o de apoyo).

Tanto unas como otras son necesarias para lograr una atención sanitaria eficaz y eficiente y que cumpla además las expectativas del cliente y de las Aseguradoras.

- ✓ Un proceso se puede definir como un conjunto de actividades lógicamente interrelacionadas y ordenadas que actúan sobre unas entradas y que van a generar unos resultados preestablecidos para unos usuarios identificados, (Clientes de Aseguradoras).
- ✓ Hay tareas que se realizan sobre dichas entradas a las que añaden valor y se producen unas salidas o resultados. Hay actividades con valor añadido y actividades repetidas. Hay procesos primarios; médicos y quirúrgicos, hay procesos de apoyo (mantenimiento) y procesos de gestión (área de Seguros).

## **1. Objetivo**

### **1.1 Objetivo General**

Proporcionar un Manual de la secuencia de actividades que deben realizarse para el cumplimiento de las funciones conferidas a el HOSPITAL, enfocándose en los procesos hospitalarios claves, a pacientes que cuenten con algún tipo de Seguro de Gastos Médicos, con el fin de la homogenización de procesos e identificación de oportunidades

que mejoren los métodos de trabajo, a través de acciones lógicas y secuenciales, para la atención con calidad y eficiencia a las personas que solicitan la atención.

## 1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Asegurar que la recepción del paciente sea adecuada, y se realice el reporte con su aseguradora correspondiente.
- ✓ Proporcionar los SERVICIOS a los USUARIOS de las ASEGURADORAS, de acuerdo con las normas, reglamentos, instalaciones, equipo, personal, materiales y medicamentos de los que disponga el HOSPITAL, apegándose a las cláusulas estipuladas dentro del Convenio Firmado.
- ✓ Contar con una Herramienta de Inducción a los Procesos a Realizar dentro de Hospital con Pacientes con Perfil Aseguradora.

## 2. Gestión de Trámites con Aseguradoras

Como parte de las responsabilidades del auxiliar de facturación se encuentra la gestión y supervisión de los trámites y requisitos que las aseguradoras establecen en el contrato de por medio, para ello el coordinador del área de aseguradoras debe conocer al 100% cada una de las características de procedimiento establecido en el convenio de las aseguradoras y así mismo darlo a conocer al personal de facturación para que se lleve a cabo. También es necesario conocer la lista de todas las aseguradoras con las que trabaja el hospital, así como sus contactos.

Los servicios que presta Policlínica Hospital de Especialidades Médicas a las distintas aseguradoras en convenio son:

- Gastos Médicos Mayores (GMM)
- Gastos Médicos Menores

- Siniestros o accidentes automovilísticos (GMA)
- Seguros Escolares (AP)

El proceso de la gestión del trámite de aseguradoras es:

- Paciente proveniente de aseguradora solicita servicios del hospital.
- Paciente inicia su proceso de ingreso.
  - a. Supervisar el proceso y los requisitos.
- Verificar coberturas y vigencias.
- Integración de expedientes.
- Monitorear, verificar y solicitar la autorización por parte de la aseguradora de los servicios prestados.
- Facturación aseguradoras y empresas con créditos.
- Envío de expedientes en formato físico a las aseguradoras/empresas.
- Subir los expedientes electrónicos a los portales correspondientes para cada aseguradora.

## **2.1 Tramitar cartas autorización**

El departamento de Aseguradoras Valora la situación del paciente, y gestiona la Carta Autorización con la Aseguradora correspondiente, misma que deberá contener:

- ✓ Monto autorizado y las Condiciones de Pago de la Póliza
- ✓ Pagos que Cubrirá el paciente al Egreso
- ✓ Monto de Deducible
- ✓ Porcentaje de Coaseguro
- ✓ Gastos no Cubiertos por la Póliza

## **3. Conocimiento de los procesos y requisitos de ingreso.**

El proceso de admisión de un paciente proveniente de una aseguradora es diferente al de un paciente del público en general, aunque lo lleva a cabo el área de caja, es obligación del responsable del área comercial supervisar que se realice correctamente.

### **3.1 Proceso de admisión del cliente asegurado.**

- ✓ Solicitar al Paciente se Identifique con la Credencial de su Aseguradora y Credencial de Elector (INE).
- ✓ Sacar copia de Credencial de Aseguradora y Credencial de Elector (INE)
- ✓ En caso de Hospitalización, solicitar CURP del paciente y copia de Identificación del Familiar Responsable.
- ✓ Registrar al Paciente en sistema Interno.
- ✓ Anotar a Mano en las Hojas de Consumo o ID que resulta al final del proceso de Admisión en el sistema INTERNO, en la parte de arriba de que Aseguradora se trata.
- ✓ Llenar los Formatos pertenecientes a cada Aseguradora con toda la Información y solicitar la Firma
- ✓ Anexar a las Hojas de Consumo las copias de Identificación, CURP y Formatos de Aseguradora. (Informe Médico y Aviso de Accidente o Enfermedad), dependiendo de cada Aseguradora.
- ✓ Llamar al 01 800 que aparece en la Tarjeta del Asegurado para solicitar el Número de Autorización, Elegibilidad, Carta Autorización o Folio de Registro según sea el caso.
- ✓ Informar y entregar la hoja de consumo con la palería correspondiente al personal de Aseguradoras para que monitoree y este pendiente del Paciente que Ingresa.

### **4.1.1 Correcta Identificación del paciente**

El Usuario deberá presentarse en el Hospital con la CARTA PASE, mostrando su Credencial de Asegurado y una Identificación oficial con Fotografía.

La credencial de Asegurado deberá incluir el nombre de Usuario, clave de Asegurado, Número de Póliza y fecha de elaboración y datos informativos. La credencial de Asegurado solo será utilizada con un fin informativo.

Al ingresar al Hospital el Usuario deberá pagar de acuerdo a las políticas del Hospital los gastos no cubiertos que pudieran generarse durante su estancia en él.

### **4.1.2 Solicitar credencial de aseguradora**

Se solicita con la finalidad de identificar de manera correcta y oportuna al paciente que llega a solicitar un servicio por parte de Policlínica Hospital de Especialidades Médicas, así como también para poder recabar la mayor información posible en cuanto al tipo de seguro que cuente y los números de contacto con la misma.

Agilizando de esta forma, el llenado de papelería necesaria para los procesos internos del Hospital.

### **4.1.3 Solicitar caratula de póliza de seguro**

Se solicita al Usuario la caratula de Póliza de Seguro ya que se trata de un Documento contractual que especifica los Datos del Usuario, el Número de Póliza, el Plan contratado, las Sumas Aseguradas y la Vigencia de la Póliza, entre otros datos.

Además de que es el documento de base para poder comenzar los procesos dentro del Hospital y la gestión de los mismos con la Aseguradora correspondiente.

#### **4.1.4 Solicitar pase de atención medica**

Se solicita al paciente o a el Familiar el pase de atención medica que es proporcionado por su Aseguradora, con la finalidad d recabar los documentos necesarios para la integración del Expediente.

En caso de necesitar Atención Médica de Urgencia y no contar con el pase, se solicita a la Aseguradora. Mientras el paciente pasa a ser cliente directo del Hospital.

#### **4.1.5 Verificar cobertura y vigencias.**

Las Coberturas son las protecciones que otorga la Aseguradora en la Póliza y que generalmente se establecen en las cláusulas del contrato de seguros, mientras que la vigencia es el tiempo en que el usuario goza de los derechos para recibir los Servicios, según los reportes que envié al Cliente la Aseguradora.

Se verifican cuando el Paciente ingresa al Hospital, con la finalidad de conocer qué tipo de protecciones serán pagadas por parte de la Aseguradora, así mismo hacer mención al usuario de que gastos deberán ser cubiertos por él, en su estancia dentro del Hospital.

#### **4.1.6 Verificación de Pagos, Deducibles y Coaseguro**

Una vez que se ha verificado la póliza y se analizó la cobertura y vigencia de la misma, se procede a informar al Usuario y/o a sus familiares los gastos que deberán ser pagados por el mismo, debido a que su Seguro no los cubre.

En la Carta-Pase, se dejarán indicados el Deducible y Coaseguro que proceda en cada caso según el Plan y el Padecimiento.

El Deducible y Coaseguro se deben aplicar antes de I.V.A. Los conceptos gravables, deben aparecer por separado de los no gravables.

En los casos de Aplicación de pago en los Honorarios Médicos, se emitirán dos recibos, uno para la Aseguradora y el otro a nombre del Usuario.

#### **4.1.7 Requisita formato de aviso de accidente y o enfermedad (para GMM)**

Figura 18

EJEMPLO DE FORMATO.



**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 Y DETALLADA
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA COMPAÑÍA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE PRESERVA CONFORME A LA PÓLIZA
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES

TIPO DE RECLAMACIÓN:  ACCIDENTE       EMBARAZO       ENFERMEDAD  
 COBERTURA (S) AFECTADAS (S):  RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN       INDEMNIZACIÓN POR DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE:		NÚMERO DE PÓLIZA:	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE ASEGURADO AFECTADO		R.F.C. O C.U.R.P.:	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE ASEGURADO AFECTADO		R.F.C. O C.U.R.P.:	
NÚMERO CERTIFICADO DEL AFECTADO:	FECHA DE NACIMIENTO: (DÍA / MES / AÑO)	SEXO:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO CON EL TITULAR:	TELÉFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRÓNICO:
OCUPACIÓN O PROFESIÓN:	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA:	GIRO DE LA EMPRESA:	
DOMICILIO/CALLE:	NÚMERO EXTERIOR:	NÚMERO INTERIOR:	COLONIA:
CÓDIGO POSTAL:	DELEGACIÓN:	ESTADO:	
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD: (DÍA / MES / AÑO)		INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTO	
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD: (DÍA / MES / AÑO)		INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN	
¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO?			
SI ES ACCIDENTE DETALLESE ¿COMO Y DONDE FUE?:		AUTORIDAD QUE TOMO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE	
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		INDIQUE COMPAÑÍA:	
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		INDIQUE NÚMERO DE SINIESTRO:	
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO DÍAS ANTES DE ESTANCIA:		TIPO DE HOSPITAL: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO	
PERÍODO DE ESTANCIA: (DESDE Y HASTA)		NÚMERO DÍAS DE ESTANCIA:	
NOMBRE COMPLETO DEL (LOS) MÉDICOS (S) TRATANTE (S):		ESPECIALIDAD DEL (LOS) DOCTES (ES):	
MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS:		CAUSA Y FECHA:	

El Número de Póliza y el Número de Certificado se obtienen de la Póliza que presenta el Asegurado o a través del 01 800 correspondiente de su Asegurado.

#### DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- 1.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO)
- 2.- EL COMPROBANTE DEL HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO CON DIAGNOSTICO Y NÚMERO DE DÍAS DE ESTANCIA (ALTA HOSPITALARIA)
- 3.- FACTURAS POR EL MONTO DE LOS GASTOS MÉDICOS EROGADOS POR LA ATENCIÓN DEL ASEGURADO, QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS FISCALES APLICABLES SOLO PARA EL CASO DE HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITALES PRIVADOS)
- 4.- EN SU CASO, INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS O DE GABINETE
- 5.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE)
- 6.- INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES DETALLADOS DONDE INDIQUE LA PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (NOTAS MÉDICAS DEL HOSPITAL)
- 7.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FISICA
- 8.- LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS EN LOS QUE EL MÉDICO TRATANTE CERTIFIQUE EL DIAGNÓSTICO

#### NOTA:

AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYAN 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, AÚN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ LA COMPAÑÍA 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.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 505, Piso 43, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, México D.F., teléfono 01 800 627 2292, correo electrónico [une@banorte.com](mailto:une@banorte.com) o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 752, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, México D.F., teléfono 55 5340 0999 en el D.F. y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

La Legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la Documentación Contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet [www.segurosbanorte.com](http://www.segurosbanorte.com).

FUENTE: SEGUROS BANORTE, 2022

### **4.1.8 Reportar ingresos a la aseguradora.**

El Hospital hará llegar a la Aseguradora mensualmente un reporte de los ingresos Hospitalarios realizados en favor de sus Usuarios. Dicho reporte deberá incluir orden de internamiento o clave de autorización, según corresponda, fotocopia de la historia clínica completa, análisis, estudios, reporte del procedimiento quirúrgico, incluyendo los casos de atención de Urgencias.

Tales reportes incluirán la información necesaria para fines de control y auditoria de los internamientos, CONSULTAS, y tratamientos.

El listado de CONSULTAS e intervenciones deberá ser enviado, por lo menos, semanalmente, y deberá de incluir las CONSULTAS e intervenciones realizadas durante los ochos días naturales anteriores a la fecha de envió.

### **4.1.9 Otorgar encuesta.**

Al finalizar la atención que se le otorga el paciente, se debe entregar una breve encuesta de calidad al mismo, con la finalidad de ver las áreas de mejoras y oportunidad en los servicios prestados.

## **4. Proceso de Admisión**

### **4.1 Verificación de Cobertura y Vigencia**

Cuando el área de caja notifica que un paciente de aseguradora ha ingresado se debe verificar la cobertura del seguro (si el servicio médico solicitado por el paciente se incluye en la cobertura del paciente) y la vigencia para poder otorgar el servicio.

- ✓ Sin excepción alguna para todas las aseguradoras se tendrá que realizar llamada telefónica a la aseguradora para verificar que la póliza de seguro está vigente e informar que está ingresando un paciente al hospital.

- ✓ Cuando una aseguradora no autorice el servicio por pago directo a Policlínica, es importante informar al paciente que son políticas de su aseguradora y tendrá que liquidar su cuenta en efectivo en caja, y será el paciente quien tramite su reembolso ante la aseguradora si así lo desea; para lo cual, Policlínica le extenderá la factura por el servicio que se le haya prestado.

#### **4.1.1 Procedimiento de Admisión para Pacientes con Seguro de GM Mayor**

- ✓ Solicitar Credencial / Tarjeta de Asegurado +INE
- ✓ Póliza
- ✓ INE de Familiar Responsable
- ✓ Marcar al 01 800 que indica en credencial de seguro para verificar vigencia y cobertura.
- ✓ Solicitar número de elegibilidad o autorización.
- ✓ Llenar formato de aviso de accidente o enfermedad.
- ✓ Anexar formatos de informe médico.
- ✓ Verificar que el paciente firme los formatos.
- ✓ Generar Hojas de Consumo.
- ✓ Informar al Área de Aseguradoras.

#### **4.1.2 Seguimiento en Área Médica para Paciente con Seguro de GM Mayor**

- ✓ Llenar formatos de informe médico uno por cada médico que realice valoración al paciente.
- ✓ Informar al área de aseguradoras las valoraciones por especialistas requeridas para su autorización.

- ✓ Los estudios realizados al paciente se entregarán al área de aseguradoras.

### **4.1.3 Procedimiento de Admisión para Pacientes con Siniestro de Autos**

En caso de siniestros (ACCIDENTES DE AUTOS), el ajustador entregará la orden de atención médica o pase, en donde aparece el número de póliza, el nombre del paciente, la fecha del accidente, el número de siniestro y vigencia del pase médico. Esta información es de suma importancia para el proceso administrativo y la presentación de factura a cobro. Si el paciente no cuenta con este pase el servicio será de manera particular y no de aseguradora, es decir el paciente tendrá que pagar su cuenta en cajas.

- ✓ Solicitar Credencial INE
- ✓ Si es menor de edad solicitar copia de Acta de Nacimiento.
- ✓ INE del familiar responsable.
- ✓ Orden de atención medica expedida por aseguradora.
- ✓ Verificar vigencia y cobertura.
- ✓ Anexar formatos de informe médico.
- ✓ Verificar que el paciente firme los formatos.
- ✓ Generar Hojas de Consumo.
- ✓ Informar al Área de Aseguradoras.

### **4.1.4 Seguimiento en Área Médica para Pacientes con Seguro de GM Autos**

- ✓ Llenar Formatos de Informe Médico, uno por cada Médico que realice valoración al Paciente.

- ✓ Informar al área de aseguradoras las valoraciones por especialistas requeridas para su autorización.
- ✓ Los estudios realizados al paciente se entregarán al área de aseguradoras.

#### **4.1.5 Procedimiento de Admisión para Pacientes con Seguro Escolar**

- ✓ Solicitar credencial de estudiante en caso de no contar con ella se solicitara copia de acta de nacimiento.
- ✓ Solicitar el aviso de accidente sellado y firmado por el director de la escuela (se podrá llenar en el hospital si no lo trae).
- ✓ Solicitar credencial de familiar responsable.
- ✓ Llamar al 01 800 para reportar el ingreso y solicitar folio de reporte.
- ✓ En algunos casos se solicita constancia de estudios firmada y sellada por el director de la escuela.
- ✓ Anexar formatos de informe médico.
- ✓ Verificar que el paciente firme los formatos.
- ✓ Generar hojas de consumo.
- ✓ Informar al área de aseguradoras.

#### **4.1.6 Seguimiento en Área Médica para Paciente con Seguro Escolar**

- ✓ Llenar formatos de informe médico uno por cada médico que realice valoración.
- ✓ Informar al área de aseguradoras las valoraciones por especialistas requeridas para su autorización.
- ✓ Los estudios realizados al paciente se entregarán al área de aseguradoras.

- ✓ NOTA: El Bullying (agresiones, riñas, etc.) no está contemplado dentro del Seguro Escolar, por lo tanto, no será amparado/cubierto por la aseguradora.
- ✓ En caso de ACCIDENTE ESCOLAR la persona que viene como responsable con el alumno deberá presentar:
  - a)** El Aviso de accidente sellado y firmado por el director de la escuela (en caso de no traer el aviso de accidente o enfermedad, se debe dar atención médica al mismo tiempo que se solicita al familiar responsable la información de cómo ocurrió el accidente, para que el área de admisión apoye al familiar a llenar este formato y se lo entregue para que recabe la firma y sello del director de la escuela).
  - b)** Credencial del estudiante (en caso de no contar con credencial, copia del acta de nacimiento).
  - c)** Constancia de estudios (sólo para aseguradoras que aplique).
- ✓ Es importante que dichos documentos los entregue el familiar antes de que el médico indique el alta, en caso de que no entregue la papelería correspondiente, pasará a ser paciente policlínica. Aun cuando el aviso de accidente o enfermedad no esté firmado, tomar una copia ya que al solicitar el número de autorización le pedirán informar la mecánica del accidente la cual se describe en el formato, de igual manera llamar al 01800 que indique su aseguradora para reportar el accidente y generar folio de autorización.

#### **4.1.7 Procedimiento de Admisión para Pacientes con Seguro de GM Menor**

- ✓ Solicitar credencial/Tarjeta de Asegurado + INE.
- ✓ Si es menor de edad solicitar copia de acta de nacimiento.
- ✓ INE de familiar responsable.

- ✓ Marcar al número 01 800 que indica en credencial de seguro para verificar vigencia y cobertura.
- ✓ Solicitar número de Elegibilidad o Autorización.
- ✓ Anexar formatos para consulta médica y recetarios según corresponda debidamente requisitados.
- ✓ Si el paciente viene a especialidad o estudios deberá traer pase expedido por su médico de red, y anexarlo al expediente.
- ✓ Verificar que el paciente firme los formatos.
- ✓ Generar Hojas de Consumo.
- ✓ Informar al área de Aseguradoras.

#### **4.1.8 Seguimiento en Área Médica Pacientes con Seguro de GM Menor**

- ✓ Llenar el formato de consulta y firmarlo.
- ✓ Elaborar nota médica.
- ✓ Llenar y firmar recetario de aseguradoras (Santander, HSBC).
- ✓ Elaborar receta médica.
- ✓ Los estudios realizados al paciente se entregarán al área de aseguradoras.

#### **4.1.9 Seguimiento de Trámite Administrativo para todas las Aseguradoras**

- ✓ Siempre preguntar a la aseguradora por la VIGENCIA DE LA PÓLIZA del paciente.
- ✓ Preguntar a la aseguradora si el paciente tendrá que cubrir un deducible o coaseguro e informarlo al familiar responsable.



- ✓ En caso de que la aseguradora no autorice el pago directo a POLICLINICA, informar al familiar del paciente que son políticas y determinación de su aseguradora. Por lo consiguiente será el paciente/cliente quien cubra los gastos, para lo cual se extenderá factura.
- ✓ Al ser paciente de aseguradora o crédito el estado de cuenta se maneja costos especiales.
- ✓ Favor de no proporcionar el estado de cuenta al paciente o familiar, comunicarse al área de aseguradoras para que informen si la cuenta en su totalidad es cubierta por su seguro o si tendrá que pagar alguna diferencia.

#### **4.1.10 Seguimiento en Área de Farmacia Externa.**

- ✓ Tomar en cuenta las exclusiones que marca cada aseguradora.
- ✓ No se surte por parte de las aseguradoras, vitaminas ni ningún otro medicamento que no esté relacionado con el padecimiento del asegurado.
- ✓ El medico podrá recetar lo que el considere pertinente para recuperar la salud del paciente. (Independientemente de que esté autorizado o no).
- ✓ Será labor de farmacia verificar que se pueda surtir el tratamiento completo si surgen dudas comunicarse al área de aseguradoras.
- ✓ Cuando el medico recete algún medicamento no autorizado se dará la opción al paciente de comprarlo en la farmacia.

## **5. Integración de Expediente**

### **5.1 Integración de Expediente Físico**

- ✓ INE
- ✓ Póliza

- ✓ Folio de reporte (aplica para Gasto medico Mayor, gasto medico menor, y accidentes escolares)
- ✓ Pase expedido por aseguradora (aplica para Gasto Medico por siniestro de autos)
- ✓ Aviso de accidente y/o enfermedad (aplica para GMM, y accidente escolar)
- ✓ Notas medicas de urgencias y piso
- ✓ Informes médicos en formatos de aseguradora 1 por cada médico especialista que pase visita
- ✓ Formatos especiales de aseguradora requisita dos y firmados
- ✓ Encuestas de aseguradoras firmadas
- ✓ Interpretación de estudios (imagen)
- ✓ Estudios de laboratorio
- ✓ Estudio que confirme diagnostico por el cual ingresa el paciente.
- ✓ Estado de cuenta Detalle de consumo por paciente
- ✓ Carta autorización por el gasto erogado
- ✓ Factura con todos los requisitos fiscales
- ✓ Nota de crédito con todos los requisitos fiscales (en caso de ser necesario)
- ✓ Contra recibo de que la factura ya fue subida a portar y/o enviada por correo electrónico
- ✓ Complementó de pago (cuando la factura haya sido pagada)

## **6. Expediente Electrónico**

### **6.1 Escaneo y Envío de Formato Digital**

Se envía todo el Archivo que se tiene de forma física, lo anterior en archivos separados o como lo solicite cada aseguradora ya sea por correo, en portal, Archivos PDF O JPG.

Es necesario subir a los portales de las aseguradoras la documentación requerida, según sea el caso. Los documentos solicitados en la mayoría de los casos son:

- INE
- Pase
- Carta Autorización
- Notas médicas (de todos los días de hospitalización)
- Informes médicos en el formato de la aseguradora (de todos los días de hospitalización)
- Nota post quirúrgica (en caso de cirugía)
- Interpretación de estudios
  - ✓ Laboratorio
  - ✓ Imagen
- Imágenes de estudios.
  - ✓ Rx
  - ✓ Tomografía
  - ✓ USG
  - ✓ RM
- Detallado de cuenta hospitalaria
- Factura
  - ✓ XML
  - ✓ PDF

## **6.2 Carpeta de Expediente por Aseguradoras**

Se Archivan los Expedientes de cada Aseguradora y de cada paciente en Carpetas, de manera que sea fácil de identificar el expediente de cada uno de nuestros clientes. Por si se presenta alguna aclaración.

## **7. Facturación**

Independientemente de la facturación y captura es necesario generar un vaciado de facturas generadas por mes que se reporta con el departamento de contabilidad.

Una vez que se ha autorizado un Servicio o Procedimiento por parte de la Aseguradora, se procede a Facturar el mismo basado en las Cartas de Autorización o de Alta en el caso de GMA.

Todas las Aseguradoras requieren de Factura para poder realizar el pago correspondiente.

Una vez vencido el tiempo de pago por parte de la Aseguradora, se procede a llamar a las mismas para recordar el tiempo de pago para el Hospital por los Servicios prestados.

El Auxiliar de Facturación trabaja con un formato de Excel que se alimenta diariamente con la Información que se verifica de los Estados de Cuenta. Así como también en la Plataforma del Sistema del Hospital.

### **7.1 Registro de Facturas en Portal y Expediente**

La factura será emitida a nombre de la ASEGURADORA correspondiente. El HOSPITAL se obliga a presentar a la ASEGURADORA las facturas correspondientes, mismas que deberán de reunir todos los requisitos fiscales que al efecto señalen las leyes mexicanas, acompañadas de una relación que contenga el detalle de los SERVICIOS proporcionados con sus respectivos precios, la cual deberá entregarse tanto en medio electrónico, como en medio escrito.

Las ASEGURADORAS no cubren gastos de tipo personal, a los cuales no les aplicarán los descuentos y que deberán de ser pagados directamente por el asegurado:

- I. Jabón de tocador y Shampoo
- II. Cremas, Lociones y Aceites Corporales
- III. Cosméticos
- IV. Gorra

- V. Esponja (Excepto por condición física del paciente y medicamento indicada).
- VI. Paquete de Admisión
- VII. Diferencia de habitación estándar
- VIII. Alimentos para el acompañante
- IX. Caja fuerte
- X. Control de Televisión
- XI. Llamadas telefónicas
- XII. Cold/Hot Pack (excepto cuando este medicamento indicado)
- XIII. Cómodo desechable (después del primero)
- XIV. Lavamanos desechable (después del primero)
- XV. Medias Ted (después del primer, excepto cuando este medicamento indicado)
- XVI. Orinal desechable (después del primero)
- XVII. Probeta de plástico (después del primero)
- XVIII. Tira Leche (excepto cuando este medicamento indicado)
- XIX. Rastrillos (después del primero)
- XX. Termómetro Oral y Rectal (después del primero)
- XXI. Riñón de Plástico desechable (después del primero)
- XXII. Servicio de Restaurante y Cafetería
- XXIII. Dulcería, estacionamiento, florita, servicio de librería, periódicos, peluquería
- XXIV. Gastos del Recién nacido como: fotografía del bebé, perforación del lóbulo de la oreja, circuncisión, tramites de registro civil, etc.
- XXV. Renta o compra de videograbadoras, videocintas de entretenimiento o sus estuches, etc.

## **8. Generación de Reportes**

### **8.1 Creación de Reportes por Cada Aseguradora**

(BANAMEX) VITA MEDICA: gasto medico menor y puede cambiar a mayor si lo requiere banco nacional de méxico

- ✓ Expediente vita medica
- ✓ Comprobante de envío de expediente físico
- ✓ Contra recibo (bajado e impreso del portal)
  1. De factura
  2. De complemento de pago
- ✓ Complemento de pago
- ✓ Factura final
- ✓ Factura cancelada y acuse de cancelación (en caso de haber)
- ✓ Factura antes de la cancelación
- ✓ Estado de cuenta (Excel con datos)
- ✓ Hoja de indicaciones
- ✓ Receta médica (solo medicamento inicial)
- ✓ Factura de desvíos por la aseguradora emitido al público en general con el nombre de la paciente y lo que esta pagara, junto con el estado de cuenta.
- ✓ Expediente de caja
  1. Ticket de medicamento surtido
  2. Estado de cuenta enviado e impreso por caja
  3. Hoja quirófano y procedimientos
  4. Copia de estudios realizados
  5. Hoja de ingreso (sabana)
  6. Hoja de admisión (chechar que se encuentre bien ingresado)
  7. Aviso de privacidad
  8. Reporte de saldo de paciente hospitalizado
  9. Reglamento
  10. Contrato de servicios para la utilización de bienes para la atención medica

11. Formato de aseguradoras llenado completamente "reclamación de servicios médicos de hospitalización
  12. Si lleva pace antes a urgencias
  13. Factura de la cuenta de urgencias
  14. Estado de cuenta impreso y trabajado
  15. Receta médica por urgencias
  16. copia de INE del paciente
  17. Estado de cuenta impreso por caja y ticket de medicamento surtido
- ✓ Expediente se envía al portal y físicamente en paquetería
  - ✓ La encuesta de satisfacción solo se anexa al expediente cuando hay observaciones malas.

#### VITA MEDICA BBVA

- ✓ Comprobante de envío de expediente
- ✓ Contra recibo (descargado del portal)
- ✓ Complemento de pago
- ✓ Factura
- ✓ Estado de cuenta (final trabajado en Excel)
- ✓ informe médico (médicos tratantes)
- ✓ Expediente enviado por caja
  1. Ticket de medicamento surtido
  2. Estado de cuenta del Sistema.
  3. Hoja de admisión
  4. Factura de estudios.

#### VITAMÉDICA ADMINISTRADORA (GMM) (INVERLAT)

- ✓ Complemento de pago
- ✓ Factura
- ✓ Acuse de cancelación (solo en caso de tener cancelaciones)
- ✓ Estado de cuenta

- ✓ Expediente de caja
  1. Estado de cuenta timas
  2. Hoja de admisión
- ✓ Reclamación de servicio médico (formato de aseguradoras)
- ✓ Copia INE
- ✓ Estudios realizados

#### SERVICIOS CORPORATIVOS SCOTIABANK

- ✓ Factura
- ✓ Estado de cuenta
- ✓ Expediente físico de caja
  1. Estado de cuenta
  2. Formato aseguradora
  3. Hoja de consumo
  4. Factura

#### INBURSA

- ✓ Factura final
- ✓ Imprimir el lote que lanza la plataforma y guardar y anotar
- ✓ Acuse de cancelación (solo en caso de tener)
- ✓ Nota de crédito
- ✓ Carta pase de gastos médicos mayores
- ✓ Estudios
- ✓ Expediente
  1. Estado de cuenta
  2. Sabana en caso de hospitalización
  3. Pase especialidad
  4. Hoja de admisión
  5. Reglamento



6. Aviso de privacidad
7. Contrato de servicios para la utilización de bienes
8. Reporte de saldos

#### BANORTE

- ✓ Nota de atención medica de urgencias
- ✓ Informe medico
- ✓ Nota medica
- ✓ Estado de cuenta
- ✓ Pase de atención medica
- ✓ Copia INE paciente
- ✓ Estudios realizados (copia)

#### SINERGIA MEDICA: GASTO MEDICO MAYOR Y MENOR

- ✓ Nota de crédito (especifica descuento)
- ✓ Factura (servicios otorgados)
- ✓ INE del asegurado
- ✓ Tarjeta de asegurado
- ✓ Carta autorización (especifica monto autorizado)
- ✓ Estado de cuenta de sinergia medica
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Resultado de pruebas
- ✓ Carta respuesta
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Id y numero de reporte
- ✓ Historia clínica

## SISNOVA

- ✓ Facturas
- ✓ Nota de crédito
- ✓ Acuse de cancelación
- ✓ Formato de aviso de accidente
- ✓ Nota medica
- ✓ Estudios realizados
- ✓ Hoja de egreso
- ✓ INE del paciente
- ✓ Tarjeta de aseguradora

## ANAVE (SINIESTROS AUTOS)

- ✓ Factura
- ✓ Pase medico
- ✓ Nota medica
- ✓ Nota de valoración de urgencias
- ✓ Receta
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Estado de cuenta ANAVE
- ✓ Nota de evolución
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Hoja frontal del expediente clínico

## H & B

- ✓ Factura
- ✓ Carta autorización
- ✓ Nota de valoración
- ✓ Resultado de estudios

- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Estado de cuenta
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Complemento de pago
- ✓ Pantalla de transferencia
- ✓ Autorización para pago directo del servicio
- ✓ INE
- ✓ Nota de evolución

#### OILTANKING

- ✓ Complementos de pago
- ✓ Factura
- ✓ Estado de cuenta particular
- ✓ Orden para exámenes
- ✓ INE del asegurado
- ✓ Hoja de admisión

#### BANORTE GASTO MEDICO MAYOR

- ✓ Factura (honorarios)
- ✓ Carta de autorización honorarios (una por cada proceso consulta/cirugía)
- ✓ Factura final
- ✓ Resumen de cargos hospitalarios
- ✓ Informe del reclamante
- ✓ Formato de aviso de accidente o enfermedad
- ✓ INE del asegurado
- ✓ Credencial del seguro
- ✓ Carta autorización hospitalización
- ✓ Informe medico
- ✓ Hoja frontal de expediente clínico

- ✓ Historia clínica
- ✓ Hoja de indicaciones
- ✓ Nota medica
- ✓ Nota de evolución
- ✓ Solicitud y registro de operaciones
- ✓ Hoja de egreso hospitalario
- ✓ Resultado de estudios

#### AXA SEGUROS S. A DE C.V.

- ✓ Complemento de pago
- ✓ Factura
- ✓ Nota de crédito
- ✓ Solicitud de gastos médicos
- ✓ INE del asegurado
- ✓ Credencial aseguradora
- ✓ Aviso de accidente o enfermedad
- ✓ Informe medico
- ✓ Hoja frontal de expediente clínico
- ✓ Historia clínica
- ✓ Nota medica
- ✓ Nota de evolución
- ✓ Hoja de indicaciones
- ✓ Solicitud y registro de operaciones
- ✓ Resultado de estudios
- ✓ Hoja de egreso hospitalario
- ✓ Estado de cuenta de AXA
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Solicitud de estudios

## MAPFRE

- ✓ Factura
- ✓ Estado de cuenta
- ✓ Autorización daños personales siniestros de autos
- ✓ Orden de atención medica
- ✓ INE del asegurado
- ✓ Nota de valoración de urgencias
- ✓ Resultado de estudios
- ✓ Hoja de admisión
  1. Resumen de cargos
  2. Carta autorización
  3. Reporte de atención inicial
  4. Informe medico
  5. Nota medica
  6. Solicitud de estudios

## QUALITAS

- ✓ Factura
- ✓ Reporte de accidente
- ✓ Autorización de cobro
- ✓ INE del asegurado
- ✓ Informe medico
- ✓ Nota de valoración de urgencias
- ✓ Resultado de estudios
- ✓ Encuesta de servicio
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Estado de cuenta

1. Bitácora de asistencia
2. Pre-autorización QUALITAS
3. Contra recibo
4. Pase medico

#### COMMUNITY DOCTORS

- ✓ Complemento de pago
- ✓ Factura
- ✓ Estado de cuenta
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Estado de cuenta COMMUNITY DOCTORS
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ INE del asegurado
- ✓ Credencial aseguradora

#### GENERAL DE SEGUROS ACCIDENTES ESCOLARES

- ✓ Factura general de seguros
- ✓ Estado de cuenta particular
- ✓ Aviso de accidente
- ✓ INE del
- ✓ Bitácora de asistencia (solo en caso de asistir a terapias)
- ✓ Complemento de pago
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Estado de cuenta general de seguros
  1. Solicitud de estudios
  2. Hoja frontal del expediente clínico
  3. del responsable del estudiante
  4. Carta de autorización
  5. Informe medico

6. Nota de valoración y/o urgencias
7. Nota de alta voluntaria (solo en caso de tener)
8. Resultado de estudios

#### UMBRELLA COMPAÑÍA DE SEGUROS

- ✓ Factura
- ✓ Aviso de accidente seguro escolar
- ✓ Acta de nacimiento
- ✓ INE de la persona responsable
- ✓ Informe médico UMBRELLA
- ✓ Receta
- ✓ Boucher de farmacia
- ✓ Estado de cuenta UMBRELLA
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Nota medica

#### THONA SEGUROS

- ✓ Complemento de pago
- ✓ Factura
- ✓ Aviso de accidente (THONA SEGUROS)
- ✓ INE
- ✓ Informe medico
- ✓ Carta cobertura
- ✓ Listado de asegurados
- ✓ Resultado de estudios
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Estado de cuenta particular (THONA)
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Informe medico

- ✓ Nota medica
- ✓ Nota de crédito
  1. Pantalla de correos para autorización
  2. Resumen de cuenta
  3. Nota de urgencias

#### GRUPO MEXICANO DE SEGUROS (GMX)

- ✓ Complemento de pago
- ✓ Factura
- ✓ Detalle de gastos
- ✓ INE
- ✓ Nota medica
- ✓ Receta
- ✓ Estado de cuenta (ASEGURADORA GMX)
- ✓ Boucher de farmacia
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Estado de cuenta particular
  1. Renovación individual
  2. Solicitud de estudios
  3. Reglamento de ingreso a hospitalización
  4. Aviso de privacidad
  5. Solicitud y registro de operaciones
  6. Acta de nacimiento

#### ALLIANZ AWP SERVICIOS MÉXICO AX MEDICAL

- ✓ Factura
- ✓ Hoja de consumo pacientes ALLIANZ
- ✓ Estado de cuenta ALLIANZ
- ✓ Hoja de admisión



- ✓ Nota de urgencias
  - 1. Guía de envío
  - 2. INE del responsable si es menor de edad el paciente

#### SEGUROS BX +

- ✓ Nota de crédito
- ✓ Factura
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Aviso de accidente o enfermedad
- ✓ INE
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Estado de cuenta BX
- ✓ Reglamento a ingreso a hospitalización
- ✓ Aviso de privacidad
- ✓ Contrato de servicios para la utilización de bienes para la atención medica
- ✓ Solicitud de alta /actualización de proveedores GMM
- ✓ Credencial aseguradora
- ✓ Informe medico
- ✓ Historia clínica
- ✓ Nota medica
- ✓ Hoja de indicaciones
- ✓ Receta medica
- ✓ Resultado de estudios

#### LA LATINOAMERICANA SEGUROS S. A

- ✓ Factura
- ✓ Hoja de consumo
- ✓ Credencial de la aseguradora
- ✓ Comprobante de reporte de ingreso

- ✓ Informe medico
- ✓ Estado de cuenta seguros latino
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Nota de urgencias

#### SINERGIA MEDICA

- ✓ Complemento de pago
- ✓ Nota de crédito
- ✓ Factura
- ✓ Hoja de consumo sinergia medica
- ✓ Carta de respuesta
- ✓ INE
- ✓ Credencial aseguradora
- ✓ Formato de aviso de accidente o enfermedad
- ✓ Informe medico
- ✓ Nota de urgencias
- ✓ Resultado de estudios
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Estado de cuenta sinergia medica
- ✓ Hoja de admisión

#### OCEAS

- ✓ Factura
- ✓ Hoja de consumo
- ✓ Carta garantía de pago
- ✓ Formato de atención
- ✓ Credencial aseguradora
- ✓ Receta medica
- ✓ Resultado de estudios

- ✓ Informe medico
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Estado de cuenta OCEAS
- ✓ Boucher de farmacia
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Políticas de contingencia ante la llegada del coronavirus
- ✓ Contrato para la utilización de bienes para la atención medica

#### ALLIANZ

- ✓ Nota de crédito
- ✓ Factura
- ✓ Resumen de cuenta
- ✓ Aviso de accidente o enfermedad
- ✓ INE
- ✓ Hoja de indicaciones
- ✓ Credencial de aseguradora
- ✓ Certificado individual gastos médicos mayores colectivo
- ✓ Informe medico

#### METLIFE

- ✓ Complemento de pago
- ✓ Factura
- ✓ Resumen de cuenta
- ✓ Autorización de pago directo
- ✓ INE
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Estado de cuenta METLIFE
- ✓ Hoja de consumo
- ✓ Hoja de admisión

- ✓ Condiciones
- ✓ Contrato
- ✓ Avise de accidente

#### MAPFRE GMM

- ✓ Estado de cuenta de MAPFRE
- ✓ Solicitud de pago directo y/o programación de servicios
- ✓ Informe medico
- ✓ Complemento de pago
- ✓ Factura
- ✓ Hoja de consumo
- ✓ Carta de autorización
- ✓ Solicitud de ingreso por accidente
- ✓ INE
- ✓ Reporte de atención inicial
- ✓ Solicitud y registro de operación
- ✓ Receta medica
- ✓ Solicitud de estudios
- ✓ Hoja de admisión
- ✓ Boucher de farmacia

#### ASEGURADORA ZURICH

- ✓ Factura
- ✓ Comprobante de pago
- ✓ Hoja de consumo
- ✓ Informe medico
- ✓ Receta
- ✓ Pase para revisión medica

## **9. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos**

- ✓ Las decisiones sobre la atención médica y de hospitalización serán facultad exclusiva de la Dirección Médica.
- ✓ Este procedimiento será exclusivamente para uso y consulta del área médica que presta los servicios de consulta externa de primera vez y de hospitalización.
- ✓ La Dirección médica será el responsable de la calidad y oportunidad de los informes, producto de la atención médica a los pacientes de las ASEGURADORAS.
- ✓ La Dirección Médica será la responsable de supervisar que la atención del servicio médico de consulta externa de primera vez se preste a los pacientes con seguro de gastos médicos.
- ✓ El Paciente presentará en la Recepción su pase generado por la empresa, conjunto con su identificación oficial vigente.
- ✓ El HOSPITA generará Hoja de consumo y anexará copia de identificación y pase original.
- ✓ En caso de no traer pase de atención médica y requerir el servicio de manera urgente, se dará atención médica, al mismo tiempo se llama a la empresa para solicitar autorización vía telefónica. Haciendo la aclaración de que el responsable de Recursos Humanos de la empresa deberá traer su pase si es que autoriza el servicio con cargo a la empresa. De lo contrario el paciente pasa a ser particular.
- ✓ Se deberá de pasar la hoja de consumo con la papelería correspondiente a área de créditos para que esta área este pendiente del paciente que ingresa.
- ✓ El paciente o en su caso el familiar responsable tendrá que firmar de conformidad por los servicios prestados, ya sea consulta, algún procedimiento en área de urgencias, estudio de laboratorio o imagen, esta firma deberá ser en la Hoja de Consumo.

- ✓ En caso de estudios de Imagenología, Rx, Densi, Masto, Usg, Tomografía, Laboratorios, Electrocardiograma. Se le informará al paciente el estudio que se está realizando y firmará de conformidad y de que está recibiendo su estudio, para lo cual será necesario sacar copias de la interpretación de estudios para que se quede en archivo las copias y entregar al paciente originales.
- ✓ Sin excepción alguna, todos los formatos tendrán que llevar la firma haciendo la aclaración de que de no ser posible recabar la firma en ese momento por la premura del tiempo se recabará la firma a más tardar en las 24 horas posteriores al ingreso.
- ✓ Se hace la mención al paciente de que las firmas son muy importantes ya que de esta manera la empresa comprueba que lo que le está facturando fue recibido por su asegurado, tanto en servicio médico, estudios de laboratorio, imagenología, y farmacia interna.
- ✓ La Dirección Médica será el responsable de supervisar que todo incumplimiento será sancionado por las autoridades competentes del ámbito médico (Dirección General del Hospital y Dirección de Investigación y Enseñanza).
- ✓ La Dirección Médica será la responsable de observar la calidad y oportunidad de los informes, tanto de estancia como de asistencia médica-quirúrgica.
- ✓ La Dirección Médica será el responsable de supervisar que todo paciente que sea ingresado a hospitalización, ya sea para estudios o cirugía, estará bajo la responsabilidad del cuerpo médico y de enfermería.

## **9.1 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos (ASEGURADORAS)**

- ✓ El jefe de la Oficina de Seguros, será el responsable de mantener actualizado el procedimiento en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán dar cumplimiento al mismo.

- ✓ La oficina de Seguros, será la responsable de la verificación de la vigencia del convenio y aplicación del catálogo de Cuotas de la Verificación de la vigencia del convenio y aplicación del Catálogo de Cuotas.
- ✓ Los pacientes podrán ingresar durante las 24 horas del día por el servicio de Unidad de Urgencias o por el Servicio de Consulta Externa.
- ✓ Todos los pacientes que soliciten cualquier tipo de atención médica y afirmen contar con un seguro de Gastos Médicos, deberán presentar Tarjeta de Identificación de la aseguradora vigente e identificación oficial en la Oficina de Seguros, que los acredite como beneficiarios, dentro de las 24 horas posteriores al ingreso del paciente o al siguiente día hábil; en caso de no presentar dichos documentos se maneja como un paciente institucional hasta que se realicen los trámites correspondientes con la Aseguradora y reconozca al paciente como su beneficiario.
- ✓ Cuando se solicite el formato de Resumen Médico para el Reembolso de los gastos de pacientes con gastos médicos mayores, en área de Aseguradoras notificará a la Dirección del Hospital para que se realicen los trámites correspondientes.
- ✓ Se proporcionará información requerida para reembolso a los pacientes que hayan realizado su trámite administrativo como paciente de convenio.
- ✓ El paciente deberá presentar en la Oficina de Aseguradoras la siguiente información:
  - Tarjeta de identificación de la aseguradora a la que pertenece
  - Numero de póliza
  - Numero de certificado
  - Teléfono
  - Fecha y Hora de Ingreso al Hospital.
- ✓ El familiar del paciente se presentará en la Oficina de Aseguradoras con la Tarjeta de Identificación de la Aseguradora a la que pertenece el paciente con la siguiente información:

- Numero de Póliza
  - Numero de certificado
  - Nombre completo del paciente
  - Teléfono
  - Fecha y hora de ingreso al Hospital
  - Diagnostico
  - Servicio clínico y numero de cama
  - Médico responsable
- ✓ La oficina de Aseguradoras será la responsable de entregar a la Aseguradora correspondiente el reporte detallado de la situación del paciente, entregado por la Subdirección de Atención Medica.
  - ✓ Después de que la Aseguradora valore la autorización del evento emite una carta de Autorización misma que deberá contener:
    - Monto autorizado y las condiciones de pago de la póliza
    - Pagos que cubrirá el paciente al egreso
    - Monto de deducible
    - Porcentaje de coaseguro
    - Gastos no cubiertos por la póliza
  - ✓ La Aseguradora entregara a la Oficina de Seguros del Hospital la Carta de Autorización
  - ✓ La oficina de Seguros será la responsable de dar a conocer al área de Cajas del Departamento de Tesorería el monto autorizado por la aseguradora para la atención del paciente, solicitando que preste atención de no rebasar el monto.
  - ✓ Si los costos por la atención del paciente se acercan al monto autorizado, el departamento de Tesorería deberá informar oportunamente a la Oficina de Seguros para notificar a la Aseguradora y solicitar una ampliación del monto inicial autorizado hasta el egreso del paciente.



- ✓ La Aseguradora deberá enviar la autorización por la ampliación del monto autorizado a la oficina de Seguros.
- ✓ El departamento de Tesorería deberá realizar la cuenta final al egreso del paciente aplicando las condiciones de pago del paciente según la póliza para entregar el formato de salida al egreso del paciente.
- ✓ En caso de que la Aseguradora emita una carta de rechazo, esta deberá informar por escrito al paciente y a la Oficina de Seguros las causas del recazo, derivadas de las condiciones establecidas en la póliza indicándole al paciente que pague la cuenta en su totalidad.
- ✓ Derivado del rechazo la ampliación del monto asegurado, la Oficina de Seguros notificara al Departamento del Trabajo Social para que este realice la reclasificación del paciente de acuerdo a la normatividad vigente.
- ✓ En caso de que el monto del asegurado se haya agotado el médico de la misma informara oportunamente al paciente y a la oficina de convenios que el monto de la cobertura del seguro se agotó.
- ✓ La Oficina de Seguros notificará al Departamento de Trabajo Social para que este reclasifique al paciente, según su estudio socioeconómico tomando en cuenta de este punto en adelante que la atención del paciente se registrará de acuerdo a los parámetros regulares del Hospital.
- ✓ Derivado de la política anterior, el área de Cuentas Corrientes realiza la cuenta final al egreso del paciente y aplica condiciones de pago según la póliza entregando el formato de salida correspondiente.

## **9.2 Derechos del Usuario**

- ✓ ACCESO: Los USUARIOS tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los SERVICIOS.

- ✓ RESPETO Y DIGNIDAD: El trato al USUARIO deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.
- ✓ PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: Al proporcionar los SERVICIOS deberá respetarse la privacidad de los USUARIOS y guardar estricta confidencialidad respecto de la información recibida.
- ✓ SEGURIDAD PERSONAL: El USUARIO tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias médicas.
- ✓ IDENTIDAD: El USUARIO tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
- ✓ INFORMACIÓN: El USUARIO tendrá derecho a ser informado durante su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- ✓ COMUNICACIÓN: El USUARIO tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- ✓ CONSENTIMIENTO: El USUARIO no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios, y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
- ✓ CONSULTAS: El USUARIO tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de seguro.
- ✓ NEGATIVA AL TRATAMIENTO: El USUARIO tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.
- ✓ EXPEDIENTES CLÍNICOS: Cuando el USUARIO así lo solicite, la ASEGURADORA deberá cerciorarse de que el HOSPITAL transfiera un resumen clínico al prestador que el USUARIO indique, guardando la confidencialidad del caso.

### **9.3 Normas Administrativas**

- ✓ Todos los SERVICIOS, incluyendo CONSULTAS, deben ser validados y autorizados por la ASEGURADORA, llamando al área de siniestros.
- ✓ En caso de que un USUARIO requiera servicios de URGENCIA y no pueda identificarse adecuadamente, la identificación la realizará el HOSPITAL a través de la ASEGURADORA, por vía telefónica.

### **9.4 Normas Generales**

- a) El USUARIO siempre tiene prioridad. Ante cualquier duda el HOSPITAL atenderá la URGENCIA y después consultará a la ASEGURADORA, quien podrá, una vez analizado el caso, autorizar los gastos correspondientes.
- b) El USUARIO siempre deberá ser atendido por MÉDICOS de la RED, para lo cual, ante una URGENCIA, el HOSPITAL deberá prestar los SERVICIOS y, al mismo tiempo, informar a la ASEGURADORA la presencia del USUARIO.  
El USUARIO deberá de comunicarse al área de siniestros de la ASEGURADORA.
- c) El USUARIO atendido por profesionales del HOSPITAL y sus MÉDICOS siempre deberá recibir un trato exactamente igual al que reciben sus clientes privados.
- d) El HOSPITAL deberá comunicarse permanentemente con la ASEGURADORA para cualquier aclaración o tema que los inquiete en relación con los SERVICIOS, objetos de su contrato.
- e) El HOSPITAL deberá comunicar por escrito a la ASEGURADORA todo acto que implique mala conducta de un USUARIO, dentro de los dos días hábiles siguientes a que se dio la conducta, a fin de que se tomen las medidas pertinentes.
- f) Cuando por motivos de fuerza mayor, no le sea posible al HOSPITAL atender a un USUARIO, deberá informarlo, de inmediato, a la ASEGURADORA a fin de poder

canalizar los SERVICIOS en forma adecuada. No obstante, en una situación de URGENCIA, el HOSPITAL deberá proporcionar la atención requerida.

- g) En circunstancias especiales los USUARIOS de las ASEGURADORAS, podrán ser atendidos por profesionales certificados fuera de la RED, siempre y cuando estos profesionales acepten las políticas, tabuladores, y forma de pago que tiene establecidos la ASEGURADORA.
- h) Toda información, reclamo, o aclaración que el HOSPITAL reciba de un CLIENTE o USUARIO, se deberá remitir únicamente a la ASEGURADORA, quien es la receptora exclusiva de los problemas e inquietudes que puedan surgir.
- i) Están autorizados a prestar SERVICIO solo aquellos profesionales que, habiendo cumplido con los requisitos exigidos, formen parte de la RED.
- j) El HOSPITAL acepta que la ASEGURADORA nombre un supervisor o coordinador con objeto de revisar la procedencia de los gastos erogados, teniendo las siguientes facultades:
  - 1) Revisión del Expediente del paciente;
  - 2) Examinar la historia clínica;
  - 3) Solicitar información y explicación del MÉDICO tratante, sobre padecimiento, y tratamiento aplicado;
  - 4) Aclaraciones con el Paciente;
  - 5) Cancelar cualquier autorización entregada previamente al HOSPITAL, cuando se demuestre que los datos asentados en el expediente clínico no coinciden con los informes médicos entregados a la ASEGURADORA.
  - 6) Revisión de los estados de cuenta con aclaración de insumos y solicitar su descuento si no están justificados en el expediente.

## **10. Descripción de Actividades del Coordinador de Aseguradoras**

## **10.1 Propósito**

- ✓ Definir los procedimientos y actividades que se deben realizar por el Coordinador de Ventas e Instituciones durante sus funciones, así como estipular el uso de las herramientas a utilizar para llevar a cabo los tramites solicitados por cada aseguradora.

### **11.1.2 Alcance**

- ✓ A nivel interno: El Procedimiento es aplicable para el coordinador a cargo del área de Ventas e Instituciones y el área de Cajas
- ✓ A nivel externo: El Procedimiento es aplicable a las Aseguradoras que prestan servicio en convenio con Policlínica Teziutlán.

### **11.1.3 Políticas de Operación**

- ✓ El Coordinador del área de Ventas e Instituciones será el responsable de la Gestión de Nuevos Clientes y la Actualización de los Convenios ya existentes.
- ✓ El Coordinador del área de Ventas e Instituciones, será el responsable de mantener actualizado el procedimiento en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán dar cumplimiento al mismo.
- ✓ El Coordinador del Área de Ventas e Instituciones será el responsable de la verificación de la vigencia del convenio y aplicación del catálogo de Cuotas de la Verificación de la vigencia del convenio y aplicación del Catálogo de Cuotas.
- ✓ Los pacientes podrán ingresar durante las 24 horas del día por el servicio de Unidad de Urgencias o por el Servicio de Consulta Externa.
- ✓ Todos los pacientes que soliciten cualquier tipo de atención médica y afirmen contar con un seguro de Gastos Médicos, deberán presentar Tarjeta de Identificación de la aseguradora vigente e identificación oficial en la Oficina de

Seguros, que los acredite como beneficiarios, dentro de las 24 horas posteriores al ingreso del paciente o al siguiente día hábil; en caso de no presentar dichos documentos se maneja como un paciente institucional hasta que se realicen los trámites correspondientes con la Aseguradora y reconozca al paciente como su beneficiario.

- ✓ Cuando se solicite el formato de Resumen Médico para el Reembolso de los gastos de pacientes con gastos médicos mayores, en área de Aseguradoras notificará a la Dirección del Hospital para que se realicen los trámites correspondientes.
- ✓ Se proporcionará información requerida para reembolso a los pacientes que hayan realizado su trámite administrativo como paciente de convenio.

#### 11.1.4 Descripción del Procedimiento

*Tabla 1*

Descripción del procedimiento

<b>RESPONSABLE</b>	<b>NO. ACT.</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>DOCUMENTO O ANEXO</b>
Coordinador del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	1	Gestión de Nuevos Clientes y actualización de Convenios.	✓ Convenios con Aseguradoras.
Coordinador del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	2	Revisión de cuentas	✓ Estado de cuenta ✓ Plataforma de Cuentas por cobrar. ✓
Coordinador del Área de Ventas e Instituciones	3		✓ Formato de Excel

ASEGURADORAS		Envió de reportes de manera mensual de cuentas por cobrar	
Coordinador del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	4	Realizar Auditorías. Las cuales se realizan de forma presencial a los colaboradores del Área de Ventas e Instituciones con la finalidad de obtener mejoras en los procesos y mejorar en las áreas de oportunidad, así como encontrar los errores y fallas que se lleven a cabo en cada proceso.	✓ Check List de Actividades por Área
Coordinador del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	5	Seguimiento de procesos de Licitación	✓ Poder de Representación de la Empresa
Coordinador del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	6	Capacitación del personal	✓ Presentación Digital ✓ Documentación de Aseguradoras
Coordinador del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	7	Distribuir y coordinar las labores asignadas a su equipo de trabajo, y verificar el cumplimiento de las mismas	✓ Check List de Actividades por Área
Coordinador del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	8	Supervisión y autorización de Honorarios	✓ Listado de Honorarios de Doctores con Pacientes con Seguro
Coordinador del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	9	Revisión de Formatos Actualizados (si se suben al sistema).	✓ Formatos Actualizados de Aseguradoras

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

## **11. Descripción de Actividades del Responsable de Aseguradoras**

### **11.1 Propósito**

- ✓ Establecer las Funciones que debe llevar a cabo el Responsable del Departamento de Aseguradoras, para trabajar en conjunto con el Coordinador del Área y llevar a cabo los procesos necesarios en cada paciente que ingrese al Hospital y que cuente con algún tipo de Seguro.

### **12.1.2 Alcance**

- ✓ A nivel interno: El Procedimiento es aplicable a el personal a cargo del área de Ventas e Instituciones y el área de Cajas
- ✓ A nivel externo: El Procedimiento es aplicable a las Aseguradoras que prestan servicio en convenio con Policlínica Teziutlán, Tuxpan y Xalapa. Así como las empresas que tengan convenio.

### **12.1.3 Políticas de Operación**

- ✓ El responsable del área de Ventas e Instituciones será el responsable de la Autorización del Ingreso del Paciente (Revisar, Llenar pólizas, Supervisar).
- ✓ El responsable del área de Ventas e Instituciones será el responsable de la Revisión de los Expedientes y el Seguimiento.
- ✓ El responsable del área de Ventas e Instituciones será el responsable de la Identificación de Depósitos de Cobranza.
- ✓ La Dirección médica será el área responsable de supervisar que el servicio médico de Urgencias notifique al área de Ventas e Instituciones de todos los casos médicos que se presenten en el servicio médico del Policlínica Optima, para darle un



seguimiento adecuado a los tramites y al llenado de la papelería solicitada por cada Aseguradora según sea el caso.

### 12.1.4 Descripción del Procedimiento

*Tabla 2*

Descripción de procedimiento 2

<b>RESPONSABLE</b>	<b>NO. ACT.</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>DOCUMENTO O ANEXO</b>
Responsable del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	1	Autorización del Ingreso del Paciente	✓ Hoja de Consumo
Responsable del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	2	Revisión de Expediente y Seguimiento. El expediente es un paso fundamental en el proceso ya que TODAS las aseguradoras lo solicitan para poder autorizar los pagos correspondientes. Se envía ya sea en físico o en digital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Credencial de Aseguradora</li> <li>✓ INE</li> <li>✓ CURP del paciente</li> <li>✓ INE del responsable</li> <li>✓ Formatos Originales requisitados y firmados de aseguradoras (Informe médico y aviso de accidente o enfermedad), dependiendo de cada aseguradora.</li> <li>✓ Factura.</li> <li>✓ Notas post quirúrgicas</li> <li>✓ Imágenes de estudios de imagenología</li> <li>✓ Informe o Nota Médica Original de Policlínica.</li> <li>✓ Estudios originales de Laboratorio o Imagenología realizados.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estado de cuenta de paciente DETALLADO, con precios designados por el área de ventas e imagen del hospital, de acuerdo a la utilidad y tabuladores de precios de cada aseguradora.</li> </ul>
Responsable del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	3	<p>Identificación de Depósitos y Seguimientos de Cobranza:</p> <p>Las aseguradoras y empresas hacen los depósitos correspondientes directamente a las cuentas de banco del hospital. El responsable del área de ventas e instituciones solicita al área de TESORERIA de manera semanal estados de cuenta de los bancos e identifica los depósitos correspondientes a las cuentas de aseguradoras, esta información se comparte con el área de contabilidad. Se elabora un reporte detallado y otro general con las cuentas por pagar y los plazos que se mandan al área de contabilidad de acuerdo con las fechas designadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estado de cuenta.</li> <li>✓ Archivo de Excel que se alimenta diario con la información del día</li> </ul>
Responsable del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORAS	4	<p>Gestión de Carta Autorización y Alta</p> <p>Se envía expediente completo del paciente al área correspondiente de cada aseguradora y se espera la respuesta de la Aseguradora correspondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Carta Autorización</li> <li>✓ Hoja de Alta</li> <li>✓ Expediente completo del paciente</li> </ul>

		Una vez que se informa al área comercial del alta de un paciente de GMM es necesario gestionar con las aseguradoras la carta de autorización de alta. Una vez que se cuenta con este documento se informa a enfermería y se sigue el proceso de alta del paciente.	
Responsable del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORA	5	Programación y Supervisión de Honorarios. Capturar los reportes de prestación de servicios a pacientes de créditos y aseguradoras para la generación de solicitudes de recibos de honorarios. Una vez que se realiza el pago de honorarios médicos el responsable de área comercial identifica pagos y relaciona los estados de cuenta con las facturas emitidas el auxiliar de facturación elabora complementos de pago, los cuales deben ser subidos al portal de cada aseguradora.	✓ Formato de Excel donde se alimenta los pagos de Honorarios
Responsable del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORA	6	Programación y/o Secuencia de citas.	✓ Excel de Programación de Citas.
Responsable del Área de Ventas e Instituciones ASEGURADORA	7	Autorización de Recetas.	✓ Receta Médica ✓ Autorización por parte de la Aseguradora

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

## **12. Descripción de Actividades del Auxiliar de Facturación de Aseguradoras**

### **12.1 Propósito**

- ✓ Especificar la herramienta de Gestión que le permita al Auxiliar de Facturación la identificación de sus procesos y su coparticipación con el responsable del área comercial en los procesos fiscales y control de estados de cuenta de pacientes de crédito.

### **13.1.2 Alcance**

- ✓ A nivel interno: El Procedimiento es aplicable para el Auxiliar de Facturación del área de Ventas e Instituciones y el área de Cajas
- ✓ A nivel externo: El Procedimiento es aplicable a las Aseguradoras que prestan servicio en convenio con Policlínica Teziutlán, Tuxpan y Xalapa. Así como también es aplicable a las empresas que estén en convenio.

### **13.1.3 Políticas de Operación**

- ✓ El Auxiliar de Facturación del área de Ventas e Instituciones será el responsable de la Integración de Expedientes tanto Físicos como Digitales, para llevar a cabo los procesos de los pacientes con Seguro de Gastos Médicos.

### **13.1.4 Descripción del Procedimiento**

Tabla 3

Descripción de procedimiento 2

<b>RESPONSABLE</b>	<b>NO. ACT.</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>DOCUMENTO O ANEXO</b>
Auxiliar de Facturación	1	Integración de expedientes Físicos y Digitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Credencial de Aseguradora</li> <li>✓ INE</li> <li>✓ CURP del paciente</li> <li>✓ INE del responsable</li> <li>✓ Formatos Originales requisitados y firmados de aseguradoras (Informe médico y aviso de accidente o enfermedad), dependiendo de cada aseguradora.</li> <li>✓ Factura.</li> <li>✓ Notas post quirúrgicas</li> <li>✓ Imágenes de estudios de imagenología</li> <li>✓ Informe o Nota Médica Original de Policlínica.</li> <li>✓ Estudios originales de Laboratorio o Imagenología realizados.</li> <li>✓ Estado de cuenta de paciente DETALLADO, con precios designados por el área de ventas e imagen del hospital, de acuerdo a la utilidad y tabuladores de precios de cada aseguradora.</li> </ul>
Auxiliar de Facturación	2	<p>Envío de expedientes físicos y digitales</p> <p>Es necesario subir a los portales de las aseguradoras la documentación requerida, según sea el caso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ INE</li> <li>✓ Pase</li> <li>✓ Carta Autorización</li> <li>✓ Notas médicas (de todos los días de hospitalización)</li> <li>✓ Informes médicos en el formato de la</li> </ul>

		El Expediente en Físico se envía al termino del proceso de hospitalización del paciente y en las fechas indicadas por cada aseguradora	<p>aseguradora (de todos los días de hospitalización)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nota post quirúrgica (en caso de cirugía)</li> <li>✓ Interpretación de estudios <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laboratorio</li> <li>○ Imagen</li> </ul> </li> <li>✓ Imágenes de estudios. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rx</li> <li>○ Tomografía</li> <li>○ USG</li> <li>○ RM</li> </ul> </li> <li>✓ Detallado de cuenta hospitalaria</li> <li>✓ Factura <ul style="list-style-type: none"> <li>○ XML</li> <li>○ PDF</li> </ul> </li> </ul>
Auxiliar de Facturación	3	<p>Emitir Factura.</p> <p>Una vez que se ha autorizado un servicio o procedimiento por parte de la aseguradora se procede a facturar el mismo basado en las cartas de aprobación o de alta en el caso de GMA.</p> <p>Todas las aseguradoras requieren de factura para poder realizar el pago correspondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Factura Aseguradora</li> <li>✓ Factura de Empresa</li> <li>✓ Factura de Instituciones</li> </ul>
Auxiliar de Facturación	4	Verificación de cuentas en portales, vigentes y pagadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato de crédito y cobranza</li> <li>✓ Estados de Cuenta</li> </ul>

Auxiliar de Facturación	5	Conciliación diaria de Complementos de Pago y Notas de Crédito	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Notas de crédito</li> <li>✓ Complementos de pago</li> <li>✓</li> </ul>
Auxiliar de Facturación	6	Abono en Sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estados de Cuenta Actualizados</li> </ul>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

## 14 Puntos Importantes en Área de Aseguradoras y Facturación

Nombre del área "Aseguradoras" "Ventas e Instituciones"

El Área de Cajas diariamente reporta al Responsable de Seguros, los Créditos de Pacientes el día anterior, pero en muchas ocasiones algunos créditos no son reportados en tiempo establecido y no son de conocimiento para el Área de Seguros, lo cual puede afectar el tiempo de pago.

Se percata que actualmente el proceso para cerrar las cuentas de los pacientes de aseguradoras normalmente es un poco tardado, ya que esta área depende de la información médica, (expediente médico completo), puesto que dicha información es enviada a la aseguradora para corroborar los cargos en el estado de cuenta y si esa información no va completa tarda la autorización de alta del paciente.

Al ingresar un paciente, el área de caja debe pre-llenar el formato asignado de cada aseguradora, el cual muchas ocasiones no se realiza en caja y área de facturación es quien lo termina llenando.

Los estados de cuenta se re-trabajan, para su respectivo aumento, sin embargo, hace un poco más tardado el proceso para poder dar de alta al paciente.

Dentro del departamento existen diferentes contratos con clientes de diferentes Aseguradoras.

## **15 Formatos de Aseguradoras**

Para requisitar los Formatos de las Diferentes Aseguradoras, es necesario solicitar la póliza y la Credencial de Asegurado, con la finalidad de poder obtener los datos que solicita cada formato.

Así mismo los reportes médicos, solo serán llenados por cada Médico que esté tratando al Paciente, y por cada visita que el mismo realice.

Las firmas deberán solicitarse al Cliente, y en caso de no poder recabarla en el momento de Ingreso, se tiene como máximo un plazo de 24 horas posteriores al Ingreso para obtenerlas.

Las aseguradoras no aceptan formatos con ralladuras o enmendaduras.

Para recabar los datos faltantes que no se encuentren en la documentación que presenta el Cliente, se deberá llamar al 01 800 de cada aseguradora, con la finalidad de obtenerlos y corroborar los ya obtenidos, así mismo para dar aviso del ingreso de dicho paciente.





**INSTRUCCIONES**

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Programación de Cirugía       Tratamiento Médico       Reembolso

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))	Estado Civil	Ocupación	Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causa de Atención <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Referido por otro Médico o Unidad. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			

**HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN ANOTANDO FECHAS DE PATOLOGÍAS Y CIRUGÍAS)**

<b>Antecedentes Personales Patológicos</b> <input type="checkbox"/> Cardíacos <input type="checkbox"/> HIV/SIDA <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Problemas Hepáticos <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cirugías: _____ <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otros: _____	<b>Antecedentes Personales No Patológicos</b> <input type="checkbox"/> ¿Consume regularmente bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos (5 cajetillas) en su vida? <input type="checkbox"/> ¿Ha consumido o consume drogas? <input type="checkbox"/> Pérdida no intencional de más de 5 kgs.
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Antecedentes Perinatales (si es necesario)

**DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Fecha de Inicio      Día    Mes    Año  
 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 9 |

**PADECIMIENTO ACTUAL (PRINCIPALES SIGNOS, SÍNTOMAS Y DETALLES DE EVOLUCIÓN)**

Fecha de Inicio      Día    Mes    Año  
 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 9 |

Periodo de evolución:     1 a 3 meses     3 a 6 meses     6 a 12 meses     Más de 1 año

**DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

Fecha de Diagnóstico      Día    Mes    Año  
 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 9 |

Diagnóstico 1:  
 \_\_\_\_\_

Diagnóstico 2:  
 \_\_\_\_\_

Diagnóstico 3:  
 \_\_\_\_\_

Tipo de Padecimiento:     Congénito     Adquirido     Agudo     Crónico

Se le ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente:    Sí  No  ¿Cuál?

**RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)**

Talla: _____cm	Peso: _____Kg	T/A: _____mm/Hg.	FC: _____x'	FR: _____x'	T: _____C.
----------------	---------------	------------------	-------------	-------------	------------

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO**

Descripción de Tratamiento, anterior y actual, especificando dosificación y fecha de inicio

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hubo Complicaciones? Si  No

Descripción de Complicaciones

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital	Tipo de Estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria	Fecha de Ingreso Día Mes Año 1 2   0 3   2 0 1 9	Fecha de Egreso Día Mes Año 1 2   0 3   2 0 1 9
Ciudad			

Estudios realizados y resultados relevantes

\_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE**

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombres) \_\_\_\_\_ Teléfono y Lada \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ R.F.C. A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, 1, 2, 3, 4, 5, 6  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Cédula Profesional \_\_\_\_\_ Cédula de Especialidad o Certificación \_\_\_\_\_

No. de Proveedor \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Mencione nombre y especialidad del(los) Médico(s) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):

Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

Ayudante 1: \_\_\_\_\_

Ayudante 2: \_\_\_\_\_

Otro(s) Médico(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA:** Como Médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a AXA Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran 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 bajo constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables en el caso de los menores o discapacitados como del expediente clínico que obra en mi poder.

**FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE** \_\_\_\_\_ **LUGAR Y FECHA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entregar los comprobantes por sus servicios a nuestro asegurado cuando vayan a ser tramitados para su pago ante la compañía, expedidos a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V. Periférico Sur 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco, 10400 México, D.F. - RFC: ASE931116231, a efecto de que AXA Seguros le reintegre dichos pagos cuando así proceda conforme al contrato de seguro celebrado (excepto recibos de honorarios).

Aviso: Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.

**Tipo de informe**

 Programación de cirugía o tratamiento médico 

 Reembolso 
**Instrucciones**

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

**Datos del Paciente**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Edad

Sexo

 M 

 F 

Ocupación

No. de Póliza

**Tipo de reclamación**

 Embarazo 

 Enfermedad 

 Accidente 

Referido por otro médico o unidad

 Si 

 No 

¿Cuál?

Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio

DISEÑO

Antecedentes gineco-obstétricos

Antecedentes personales no patológicos

Antecedentes perinatales

**Padecimiento actual**

Principales signos y síntomas

Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)

Código CIE-10

Descripción del diagnóstico

Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)

Evolución del padecimiento

 1-30 Días 

 1-3 Meses 

 3-6 Meses 

 1-2 Años 

 + 2 años 

Tipo de padecimiento

 Congénito 

 Agudo 

 Crónico 

 Adquirido 

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

 Si 

 No 

¿Cuál?

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

Talla \_\_\_\_\_ cms. Peso \_\_\_\_\_ Kg. T/A \_\_\_\_\_ mm/Hg FC: \_\_\_\_\_ x' FR: \_\_\_\_\_ x' T \_\_\_\_\_ C

**Tratamiento**

Código CPT4

Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)

13/03/2019

**Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva**

Cerrada de Teotihuacán No. 45, 1er piso, Colonia Reforma Social, Delegación Miguel Alemán, C.P. 11650, México, D.F.  
 En caso de siniestro, lláma al Tel. 01800 830 3876, www.multiva.com.mx  
 Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800 8303 676 o servicio@seguros.multiva.com.mx



Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica

Médicos que participaron

Duración del tratamiento

¿Hubo complicaciones?      Si       No

Descripción de las complicaciones

**Interconsultas número y fechas (dd/mm/aaaa)**

**Observaciones**

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

**En caso de reembolso por hospitalización**

Nombre del hospital	Ciudad y estado
---------------------	-----------------

<b>Tipo de estancia</b> <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulatoria		
Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa)	Fecha de egreso (dd/mm/aaaa)	Fecha de intervención (dd/mm/aaaa)

<b>Datos generales del médico tratante</b>		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Especialidad	Teléfono	Teléfono celular/radio
Cédula Profesional	R.F.C.	Cédula de Especialidad/Certificación
Número proveedor	Correo Electrónico	

<b>Programación de cirugía</b>	
¿Tiene convenio con la Aseguradora? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio

Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva y al Asegurado, de lo contrario favor de indicar presupuesto.

Cirujano \$	Ayudante \$	Anestesiólogo \$	Tratamiento médico \$
Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aaaa)		Hospital en que se realizará	



## Aviso de Accidente Seguro Escolar

01 800 026 9906

Número  
Autorización \_\_\_\_\_

Nombre del Colegio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Endoso: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

### Procedimiento para Atención Médica Seguro Escolar

#### Sección I Datos del Asegurado

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Grado y Grupo \_\_\_\_\_

#### a) Datos del accidente

Lugar del accidente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Descripción detallada del accidente  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Lesiones que presenta: \_\_\_\_\_

#### b) Datos de la Persona que lleva al asegurado

Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_



**INFORME MEDICO PARA USO EXCLUSIVO DE HOSPITAL**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha Accidente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Fecha 1ª. Consulta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Mecanismo del Accidente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripciones de las lesiones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Término \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Información Adicional, atención médica adicional? \_\_\_\_\_

Número de consultas \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Doctor responsable \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ Cédula Profesional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Responsable del paciente, Nombre, y Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_



## INFORME MÉDICO/ENFERMEDADES GRAVES

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

TRATAMIENTO MÉDICO

REEMBOLSO

**MUY IMPORTANTE:** POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO O INVESTIGAR LA RECLAMACIÓN, SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA NO QUEDA OBLIGADO A ADMITIR VALIDEZ DE NINGUNA RECLAMACIÓN NI EL MONTO DE ELLA, NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE LE CORRESPONDAN CONFORME A LA LEY Y AL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA.

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- NO DEJAR PREGUNTAS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS Y ENMENDADURAS.
- 4.- LLENAR CUIDADOSAMENTE DEBIDO A QUE DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

### FECHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE / NAME, LAST NAME: \_\_\_\_\_ EDAD / AGE \_\_\_\_\_ SEXO / GENDER  F  M

CAUSA DE ATENCIÓN REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD  
 EMBARAZO  ENFERMEDAD  ACCIDENTE  SI  NO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS / ILLNESS PERSONAL HISTORY	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS / PERSONAL HISTORY
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS / ILLNESS GYNECO-OBSTETRICS PERSONAL HISTORY	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO) / CONNATE PERSONAL HISTORY

### PADECIMIENTO ACTUAL / CURRENT CONDITION

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS / SYMPTOMS: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO / DATE  
 DÍA MES AÑO  
 0 0 0 0 0 0

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO / DIAGNOSTIC DISEASE

FECHA DIAGNÓSTICO / DATE  
 DÍA MES AÑO  
 0 0 0 0 0 0

TIPO DE PADECIMIENTO  CONGÉNITO  ADQUIRIDO  AGUDO  CRÓNICO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE?  SI  NO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO) / PHYSICAL EXPLORATION

P-347-5 NOVIEMBRE 2015





INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/>	Tratamiento Médico <input type="checkbox"/>	<b>Instrucciones:</b> 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico tratante con letra de molde. 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.									
<b>Ficha de Identificación</b>											
Apellido Paterno, Materno y Nombre del Paciente _____		Edad _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F									
Causas de Atención Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>		No. de Póliza _____ No. de Certificado _____ Referido por otro Médico o Unidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____									
<b>Historia Clínica (Especificar tiempo de evolución)</b>											
Antecedentes Personales Patológicos		Antecedentes Personales No Patológicos									
_____ _____ _____		_____ _____ _____									
Antecedentes Gineco-Obstétricos		Antecedentes Perinatales [Si es necesario]									
_____ _____ _____		_____ _____ _____									
<b>Padecimiento Actual</b> Signos y Síntomas											
_____ _____ _____											
Fecha de Inicio <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Día</td> <td style="width: 20px;">Mes</td> <td style="width: 20px;">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">03</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table>			Día	Mes	Año	1	2	03	1	1	9
Día	Mes	Año									
1	2	03									
1	1	9									
Tipo de Padecimiento: Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Con una Evolución de: 1-30 Días <input type="checkbox"/> 1-6 Meses <input type="checkbox"/> Más de 1 Año <input type="checkbox"/> Más de 2 Años <input type="checkbox"/>											
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____											
<b>Resultado de Exploración Física y de los Estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)</b>											
Talla _____ Peso _____											
Código CIE-10	Descripción del Diagnóstico										
_____	_____ _____ _____										
Fecha de Diagnóstico <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Día</td> <td style="width: 20px;">Mes</td> <td style="width: 20px;">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">03</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table>			Día	Mes	Año	1	2	03	1	1	9
Día	Mes	Año									
1	2	03									
1	1	9									

Tratamiento															
Código CPT-4	Descripción del Tratamiento														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Fecha de Inicio</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Fecha de Inicio			Día	Mes	Año								
Fecha de Inicio															
Día	Mes	Año													
¿Hubo Complicaciones? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Descripción de Complicaciones:														
Observaciones															
Nombre del Hospital	Tipo de Estancia	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso												
Ciudad	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta Estancia/Ambulatoria	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>0 3 1 9</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	1	2	0 3 1 9	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>0 3 1 9</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	1	3	0 3 1 9
Día	Mes	Año													
1	2	0 3 1 9													
Día	Mes	Año													
1	3	0 3 1 9													
Datos Generales del Médico Tratante															
Apellido Paterno, Materno y Nombre del Médico _____		Teléfono _____													
Especialidad _____		R.F.C. _____ Celular _____													
Cédula Profesional _____		No. Cédula Especialidad o Certificación _____													
No. Proveedor _____		E-Mail _____													
Banco _____		Clabe Interbancaria para Pago [1][2][3][4][5][6][7][8][9][A][B][C][D][E][F][G][H][I]													
Presupuesto															
<p>NOTA: Como Médico Tratante relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y de cualquier responsabilidad y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente Informe Médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el Asegurado.</p>															
Lugar y Fecha		Firma del Médico Tratante													

AX MEDICAL INFORME MEDICO

INFORME MEDICO

1. Nombre del Paciente \_\_\_\_\_
2. Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del Médico \_\_\_\_\_
3. Diagnóstico de la lesión y tiempo de evolución \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Médico ayudante \_\_\_\_\_
5. Médico Anestesiólogo \_\_\_\_\_
6. Tratamiento y/o intervención quirúrgica practicada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Describa complicaciones, si las hubo o si las hay \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Padece el paciente otra enfermedad importante, asociada o independiente de la mencionada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Sirvase citar las fechas en que atendió al paciente \_\_\_\_\_
  - a) En domicilio \_\_\_\_\_
  - b) En Consultorio \_\_\_\_\_
  - c) En el Hospital \_\_\_\_\_
10. ¿Considera usted que el paciente ha quedado totalmente restablecido o no cree necesario continuar con algún tratamiento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Estuvo el paciente totalmente incapacitado para desempeñar las labores propias de su ocupación? \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo señale la fecha de tal incapacidad desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
Después de este periodo de incapacidad estima que el paciente continuará incapacitado parcialmente Desde \_\_\_\_\_  
Hasta \_\_\_\_\_

FECHADO EN \_\_\_\_\_ DIA DE \_\_\_\_\_ 20

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

# Informe Médico



1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, 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.

Fecha	DD 12	MM 03	AAAA 2019
Lugar			

Datos del Asegurado Afectado (Paciente)	
Nombre del Titular (Apellido paterno, Apellido materno, Nombres) Asegurado afectado (Paciente)	Edad
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad País de nacimiento

Tipo de evento		
<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo

**Información clínica**  
 (Describa patologías, año realización de cirugía, año causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)

APP- Antecedentes Personales Patológicos		
Cáncer DD   MM   AAAA	Diabetes Mellitus DD   MM   AAAA	Hepáticos DD   MM   AAAA
Obesidad DD   MM   AAAA	Cardíacos DD   MM   AAAA	Hipertensivos DD   MM   AAAA
Neurológicas DD   MM   AAAA	VIIH/SIDA DD   MM   AAAA	Otro DD   MM   AAAA
Especifique enfermedad		

Mencione cirugías realizadas	Indique motivo de Hospitalización (no quirúrgica)
------------------------------	---

APNP- Antecedentes Personales No Patológicos	
¿Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad)	¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas? (especificar tipo y cantidad)

In caso de que aplique, señale:	
AGD- Antecedentes Gineco-Obstétricos	AP- Atención Perinatales
<input type="checkbox"/> Fum <input type="checkbox"/> Parto (s) <input type="checkbox"/> Aborto (s) <input type="checkbox"/> No. de embarazo (s) <input type="checkbox"/> Cesarea <input type="checkbox"/> Otro (s)	

Padecimiento actual	Fecha de especificar evolución y estado actual del padecimiento
Fecha de primeros síntomas del padecimiento DD   MM   AAAA	
Fecha de primera consulta por este padecimiento DD   MM   AAAA	
Fecha de diagnóstico de este padecimiento DD   MM   AAAA	
Diagnóstico(s)	Causa/Etiología del padecimiento

Tipo de Padecimiento	
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Agudo	Tiempo de evolución del padecimiento
¿Tiene relación con otro padecimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
¿El origen del padecimiento es primario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especifique
¿El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	Desde DD   MM   AAAA Hasta DD   MM   AAAA



¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?		Favor de especificar el tipo de tratamiento	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>EF- Exploración Física y Resultados de estudios realizados</b>			
Talla	Peso	I/A	Señale los datos relevantes de la exploración física
cm.	Kg.	mm/Hg.	
Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología u otros, que sustenten el diagnóstico			

<b>Tratamiento</b>			
Descripción del tratamiento			
En caso de tratamiento Médico, favor de indicar fecha de inicio			
		DD	MM   AAAA
En caso de tratamiento Quirúrgico, favor de especificar procedimiento			
En caso de tratamiento realizado, favor de indicar fecha			¿Hubo complicaciones?
		DD	MM   AAAA
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Favor de describir complicaciones			
Sitio de Atención (nombre del Hospital, Clínica, etc)			Ciudad
Tipo de estancia:		Fecha de Ingreso	
<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatorio		DD   MM   AAAA	

<b>Datos generales del médico tratante</b>			
Nombre del Médico (Apellido paterno, Apellido materno, Nombres) Asegurado afectado (Paciente)			RFC
Especialidad		No. de Afiliación con la Aseguradora	
Cédula Profesional	Cédula de la Especialidad/Certificación		E-mail
Teléfono(s) para contacto, favor de incluir LADA		Teléfono celular	
¿Es Médico de convenio de la Aseguradora?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

En caso de programar un tratamiento, favor de indicar nombres y especialidad del (los) Médico(s) que participará(n) y en caso de no ser Médico de convenio indicar su presupuesto de honorarios.	
	Presupuesto
Cirujano	
Anestesiólogo	
Primer Ayudante	
Segundo Ayudante	
Otro(s) Médico(s)	

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que le brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado, y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA".  
 Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requeridos.  
 Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda Responsabilidad a "LA ASEGURADORA".  
 El llenado de este formato no obliga a "LA ASEGURADORA", a asumir la obligación de realizar pagos de gastos imprevistos.

Al informar sus datos personales genéricos y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx).

\_\_\_\_\_  
 Nombre y Firma del Médico Tratante.

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

- Programación de cirugía
- Pago Directo
- Reembolso

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellido paterno, materno y nombre del paciente:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causa de atención: <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		Referido por otro médico o unidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:

Código ICD-10	Descripción del diagnóstico:	Fecha de inicio DD MM AA
		Fecha de diagnóstico DD MM AA

Tipo de Padecimiento:  Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidentes?  Sí  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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Descripción de complicaciones:		
Observaciones:			
Nombre del Hospital:	Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulancia	Fecha de ingreso DD MM AA	Fecha de egreso DD MM AA
Ciudad:			

### DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido paterno, materno y nombre del médico:	Teléfono:		
Especialidad:	R.F.C.:	Celular:	
Cédula profesional:	Cédula de especialidad o certificación:		
Nombre de proveedor:	E-mail:		
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 inexacta o falsa 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. 250 Poniente, Colonia Centro, C. P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los 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 prospección comercial, exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01 800 500 2500 y el correo electrónico [quejas\\_segurosbanorte@banorte.com](mailto:quejas_segurosbanorte@banorte.com)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante



**FIM**  
**INFORME MÉDICO**

PROGRAMACIÓN DE CRUGA     TRATAMIENTO MÉDICO     REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES:**

- 1- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRABAJANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMIENDAS Y SI LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUAL? _____	
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	
ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS		ANTECEDENTES PERSONALES (SI ES NECESARIO)	
PADECIMIENTO ACTUAL			
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS			
			FECHA DE INICIO   DIA     MES     AÑO
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO		
			FECHA DIAGNÓSTICO   DIA     MES     AÑO
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO			
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGUN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUAL? _____			
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRME EL DIAGNÓSTICO)			

01004



TRATAMIENTO			
CÓDIGO CPT4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO		
FECHA DE INICIO DIA    MES    AÑO			
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL	CIUDAD	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CONSULTORIO Y AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DIA    MES    AÑO
		FECHA DE EGRESO DIA    MES    AÑO	
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____		TELÉFONO _____	
ESPECIALIDAD _____		R.F.C. _____	
CÉDULA PROFESIONAL _____		CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN _____	
NÚMERO DE PROVEEDOR _____		E-mail _____	
PRESUPUESTO			
<p>NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.</p>			
_____ LUGAR Y FECHA		_____ FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	

## INFORME MÉDICO

1.- Nombre del paciente \_\_\_\_\_

2.- Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del Doctor \_\_\_\_\_

3.- Diagnóstico de la lesión y tiempo de evolución \_\_\_\_\_

4.- Médico Ayudante \_\_\_\_\_

5.- Médico Anestesiólogo \_\_\_\_\_

6.- Tratamiento y/o intervención quirúrgica practicada \_\_\_\_\_

7.- Describa complicaciones si las hubo o si las hay \_\_\_\_\_

8.- Padece el paciente otra enfermedad importante, asociada o independiente de la mencionada \_\_\_\_\_

9.- Sirvase citar las fechas en que atendió al paciente \_\_\_\_\_

a) en Domicilio \_\_\_\_\_

b) en Consultorio \_\_\_\_\_

c) en el Hospital \_\_\_\_\_

10.- ¿Considera usted que el paciente ha quedado totalmente restablecido o considera necesario continuar con algún tratamiento? \_\_\_\_\_

11.- ¿Estuvo el paciente totalmente incapacitado para desempeñar las labores propias de su ocupación? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo señale la fecha de tal incapacidad Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Después de este periodo de incapacidad estima que el paciente continuará incapacitado parcialmente Desde \_\_\_\_\_

Hasta \_\_\_\_\_

FECHADO EN \_\_\_\_\_ DÍA DE \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO



Para ser llenado por el Médico responsable de la atención médica

**DATOS DE LA PERSONA AFECTADA**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 No. De Póliza \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F:  M:  OCUPIACIÓN: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
    día / mes / año  
 Fecha 1er. Consulta: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
    día / mes / año

<b>Mecanismo de Lesión</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>Descripción de las Lesiones</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>Hallazgos</b>	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 IMAGENOLÓGIA POR RADÍOLOGO CERTIFICADO**

Costo del tratamiento completo Servicio: \_\_\_\_\_ Honorarios Médicos: \_\_\_\_\_

**INCAPACIDAD**

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: \_\_\_\_\_

**Médico Tratante**

**Responsable del paciente**

\_\_\_\_\_  
 FIRMA  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 RFC: \_\_\_\_\_  
 Cédula Profesional: \_\_\_\_\_  
 Cédula Especialidad: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 No. De IFE \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
    día / mes / año

**CODIGO IM201305**

# Informe Médico



**Nota: favor de anexar copia de la historia clínica para la persona afectada**

<b>Nombre del paciente</b>			<b>Fecha de la primera consulta</b>		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Día	Mes	Año
0 0	0 0	0 0 0 0 0 0	0 0	0 0	0 0 0 0
<b>Fecha del accidente</b>			Día	Mes	Año
0 0			0 0	0 0	0 0 0 0

Describe el cuadro clínico del paciente, haciendo énfasis en síntomas iniciales, evolución y estado actual

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Diagnóstico de lesión o enfermedad</b>	<b>Fecha en que se realizó dicho diagnóstico</b>
_____	Día Mes Año
_____	0 0 0 0 0 0
_____	<b>Hora</b>
_____	00:00

¿Padece alguna enfermedad asociada o independiente de las antes mencionadas?  
Indique el diagnóstico y fecha de inicio

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se trata de una enfermedad de tipo congénito  Sí  No

Indique cuántas veces atendió al enfermo y señale las fechas de las mismas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de haber necesitado interconsulta con otras especialidades, especifique el motivo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de haber practicado cirugías favor de indicar claramente naturaleza, fecha y lugar de realización, así como nombre de los médicos que participaron

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Considera que el paciente está dado de alta definitivamente:  Sí  No

Refiera si el paciente seguirá con algún tratamiento y de ser así, especifique el tipo y tiempo aproximado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique el periodo en que quedó totalmente incapacitado para el desempeño de todas y cada una de las labores propias de su ocupación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Nombre</b>	<b>Reg. S.S.A.</b>	<b>Fecha</b>
_____	yh/yh	Día Mes Año
<b>Dirección</b>	<b>R.F.C.</b>	0 0 0 0 0 0 0 0
_____	hy/hy	
<b>Teléfono</b>	<b>Reg. D.G.P.</b>	
_____	hy/hy	
		<b>Firma del Médico</b>

**HDI Seguros, S.A. de C.V. Av. Paseo de los Insurgentes No.1701, Col. Granada Infonavit. C.P. 37306. León, Guanajuato, México. Tel.: (477) 710 47 00. www.hdi.com.mx**

NECESITAS VERIFICACIONES COMO PODRIAN SER EN UN SERVICIO DE SALUD? HDI SEGUROS Y SERVICIOS DE SALUD OFRECEN AL SEGURO DE SALUD CON LA MEJOR CUBIERTA DE SERVICIOS DE SALUD. PARA SABER MAS SOBRE ESTOS SERVICIOS DE SALUD, CONTACTA A NUESTROS AGENTES EN SU CERCANIA O VISITANOS EN WWW.HDI.COM.MX.

## Informe médico

En este formato ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios (debe ser contestado por el médico tratante).

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se dé información completa y detallada.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

### I. Datos del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino  Causa de reclamación: Accidente  Enfermedad  Embarazo

Edad \_\_\_\_\_ Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad / accidente / embarazo: \_\_\_\_\_

### II. Antecedentes clínicos

Historia clínica breve: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes personales patológicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes quirúrgicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes gineco-obstétricos: G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mencione las afecciones más importantes que padezca el paciente aunque no tenga relación con la presente reclamación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿El paciente fue referido por otro médico? Sí  No

Nombre del otro médico \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### III. Padecimiento actual

1) Principales signos y síntomas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos: \_\_\_\_\_

MetLife México, S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho número 32, piso SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Código postal 11000, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México, Teléfono: 5328 7000, Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) www.metlife.com.mx



2) El padecimiento es: Congénito  Adquirido

Con una evolución de: 1 a 30 días  1 a 3 meses  3 a 6 meses  6 a 12 meses  Más de un año  Más de dos años

Causa / etiología del padecimiento: \_\_\_\_\_

3) Estudios de laboratorio y gabinete practicados:

Detallar resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete que demuestren el diagnóstico referido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Aviso de privacidad de MetLife México, S.A

**I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos.** MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho número 32, piso SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código postal 11000, Ciudad de México. **II. Finalidades.** Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para identificarte, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la Legislación aplicable en materia de Seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas. **III. Medios para ejercer tus derechos.** Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros centros de servicios, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx) o enviando un correo a [contacto@metlife.com.mx](mailto:contacto@metlife.com.mx). El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx) en el vínculo de política de privacidad. **IV. Limitar el uso o divulgación de tus datos.** Si deseas que tus datos no sean tratados con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx), inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla  **V. Transferencia de datos.** Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de Autoridad; a prestadores de servicios de salud para tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, así como necesidades de cobertura e identificación y para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia tacha esta casilla  **VI. Cambios al aviso de privacidad.** Los cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx) en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

#### Padecimiento actual (continuación)

4) Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

5) Indica el tratamiento y/o intervención quirúrgica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción de la técnica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Utilizó equipo especial para el procedimiento: No  Sí  Detallar: \_\_\_\_\_

Utilizó insumos y/o materiales para el procedimiento: No  Sí  Detallar: \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mencione los nombres de los médicos que participaron en la intervención (cirujano, ayudantes y anestesiólogo): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6) Interconsultas

Nombre interconsultante	Especialidad	Médico red (indicar SI / No)	Fechas	Descripción breve de participación

7) ¿Le fue practicado al paciente algún otro tx médico? Sí  No

Nombre del otro médico \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

8) Estado actual del paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9) ¿A la fecha el paciente continúa recibiendo tx médico o en futuro? Sí  No

¿Qué clase de tratamiento se encuentra en seguimiento? \_\_\_\_\_ Duración del tratamiento \_\_\_\_\_

Nombre de los médicos participantes en el tratamiento y especialidad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10) En caso de accidente, descripción breve del evento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11) Fecha probable de alta o prealta: \_\_\_\_\_



#### IV. En caso de hospitalización

Nombre del hospital

Fecha de ingreso

30 04 2018

Día Mes Año

Fecha de intervención quirúrgica

\_\_\_\_

Día Mes Año

Fecha de alta

\_\_\_\_

Día Mes Año

¿La enfermedad o lesión ocasionó invalidez?

Si  No

Parcial  Total

Desde

\_\_\_\_

Día Mes Año

Hasta

\_\_\_\_

Día Mes Año

#### V. Datos del médico tratante

Nombre del médico

Especialidad

Domicilio

Teléfono

Cédula profesional

Registro Federal de Contribuyentes

Celular

Correo electrónico

#### VI. Datos complementarios

Tiene convenio con la aseguradora (campo obligatorio):

Si  No

Los honorarios de los médicos que pertenezcan al grupo médico asociado (red médica), siempre que el siniestro se encuentre amparado por la póliza de seguro, serán cubiertos por MetLife, con base a los montos previamente convenidos con la red médica en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

\*Acepto los tabuladores en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario a la aseguradora y el paciente por la presente cirugía y/o tratamiento.

Si  No

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico:

\$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Cirujano

Ayudante(s)

Anestesiólogo

Nombre completo del hospital donde se practica la cirugía

Entidad

Fecha exacta de la cirugía

Como médico tratante autorizó a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a MetLife México, S.A., todos los informes que se refiere 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 de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente Asegurado, como el expediente clínico que obra en mi poder.

Nota: MetLife México, S.A., solo realiza pago vía transferencia electrónica. Si no has realizado el trámite de alta en este esquema de pago, comunícale al teléfono 5328-9000 ext. 6073 y 6424 ó del Interior de la República 01-800-005-3287 ó 01-800-00 METLIFE (638-5433).

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico tratante

Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la institución.

**La cláusula de aviso de privacidad se encuentra registrada bajo los registros número CGEN-S0034-0075 y 0076-2016 de fecha 7 de junio de 2016.**



# Informe médico

Programación de cirugía     Tratamiento médico     Reembolso

**Muy importante**

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas, S.A. no queda obligada a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

**Instrucciones:**

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Le solicitamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no se acepta con tachaduras, ni enmendaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
- 4.- Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la compañía con el asegurado.

**Ficha de identificación**

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento			Sexo	
		____/____/____	____	____	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
Causa de atención		Referido por otro médico o unidad				
<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				

**Historia Clínica**

Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos	
Tiempo de evolución _____		Tiempo de evolución _____	
Antecedentes gineco-obstétricos		Antecedentes perinatales (si es necesario)	
G ____ / P ____ / A ____ / C ____ / Especificar si recibió tratamiento para infertilidad		Tiempo de evolución _____	
Tiempo de evolución _____		Tiempo de evolución _____	

**Padecimiento actual**

Principales signos y síntomas		Fecha de inicio	
		____/____/____	____
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico	Fecha de diagnóstico	
		____/____/____	____
Tipo de padecimiento		<input type="checkbox"/> Congénita <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	

Historia clínica			
Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido	Descripción del tratamiento		Fecha de inicio Día    Mes    Año   0   0   0   0   0   0
¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describa complicaciones		
Observaciones			
Resultado de exploración física y de los estudios realizados al anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico			
Nombre del hospital	Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatoria	Fecha de ingreso Día    Mes    Año	Fecha de egreso Día    Mes    Año
Datos del médico tratante			
Nombre del médico			
Especialidad	Cédula profesional	Cédula especialidad o certificación	Médico de red <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presupuesto			
Domicilio: Teléfono(s): Nombre de ayudante: Nombre de anestesiólogo:			
<p><b>NOTA:</b> Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.</p> <p>La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme a mi conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.</p>			
<p><b>AVISO DE PRIVACIDAD</b></p> <p>En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.</p> <p>Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.</p> <p>El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.</p> <p>El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página <a href="http://www.segurosatlas.com.mx">www.segurosatlas.com.mx</a>, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.</p>			
_____ Lugar y fecha		_____ Firma del médico tratante	
_____ Nombre y firma del paciente			
F-238-AV/02-2012 AMIS			



### INFORME MEDICO PARA USO EXCLUSIVO DE HOSPITAL

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha Accidente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Fecha 1°. Consulta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Mecanismo del Accidente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripciones de las lesiones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Fecha de Término \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Información Adicional, atención médica adicional? \_\_\_\_\_

Número de consultas \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Doctor responsable \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ Cedula Profesional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Responsable del paciente, Nombre y Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".



**Informe Médico**

Tipo de informe:  Programación de Cirugía y/o Tratamiento Médico  Reembolso

**Instrucciones**

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, 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 o cambio de color de tinta.
5. Una vez asentada la información en éste documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

**Ficha de Identificación**

Nombre del Paciente: Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Estado Civil \_\_\_\_\_

Causa de Atención:  Prevención  Embarazo  Enfermedad  Accidente

Referido por otro médico o unidad:  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Historia Clínica**

(Describa patologías y/o realización de cirugía y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)

Antecedentes Heredo-Familiares: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales Patológicos (Fecha de Inicio):**

Cáncer	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	Cardíacos	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	Otro	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>
Obesidad	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	VIH/SIDA	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	Especifique	_____
Neurológicas	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	Hepáticos	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>		
Diabetes Mellitus	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	Hipertensivos	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>		

Mencione cirugías realizadas: \_\_\_\_\_

Indique motivo de hospitalización (no quirúrgica): \_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales No Patológicos:**

¿Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_

¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_

Antecedentes Gineco-Obstétricos: FUM \_\_\_\_\_ No. de Embarazo(s): \_\_\_\_\_ Parto(s): \_\_\_\_\_

Cesárea(s): \_\_\_\_\_ Aborto(s): \_\_\_\_\_

Antecedentes Perinatales: \_\_\_\_\_ Otro (s): \_\_\_\_\_

**Padecimiento Actual**

Fecha de primeros síntomas del padecimiento	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento: _____
Fecha de primera consulta por este padecimiento	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	
Fecha de diagnóstico de este padecimiento	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	
DIAGNÓSTICO(S)		CAUSA/ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO

Tipo de padecimiento:  Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente:  Sí  No

¿Cuál? .....

¿El origen del padecimiento es primario?  Sí  No ¿Cuál? .....

El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad?  Sí  No  Parcial  Total

Desde    Hasta

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?  Sí  No Favor de especificar el tipo de tratamiento .....

Exploración Física y Resultados de Estudios Realizados Talla: ..... Mts. Peso: ..... Kg. T/A: ..... mm/Hg.

Señale los datos relevantes de la exploración física: .....

Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología u otros, que sustenten el diagnóstico .....

#### Tratamiento

Descripción del tratamiento: .....

En caso de Tratamiento Médico, favor de indicar fecha de inicio

En caso de Tratamiento Quirúrgico, favor de especificar procedimiento

¿Hubo complicaciones?  Sí  No Descripción de las complicaciones .....

#### En caso de Hospitalización

Nombre del Hospital: ..... Ciudad: .....

Tipo de estancia:  Urgencia  Hospitalaria  Corta Estancia/Ambulatoria

Fecha de ingreso    Fecha de egreso

#### Datos Generales del Médico Tratante

Nombre del Médico .....

Especialidad: ..... Teléfono: .....

Teléfono Celular: ..... Radio Localizador: .....

Cédula Profesional: ..... R.F.C.: .....

E-mail: .....



## Programación de Cirugía

Tiene convenio con la aseguradora:  Sí  NoEn caso de haber contestado NO a la respuesta anterior: Acepto los tabuladores en el entendido que relevo de cualquier pago complementario por este padecimiento a la Compañía de Seguros y al paciente.  Sí  No

En caso de no aceptar tabulador de la aseguradora especificar presupuesto de honorarios por tratamiento médico/quirúrgico.

Cirujano \$  Ayudante \$  Anestesiista \$ 

Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aa) .....

Hospital dónde se practicará la cirugía .....

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcione a Allianz México todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores. Asimismo, relevo a las Instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora hacia con el Asegurado. La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de Allianz México con la que el "PACIENTE-ASEGURADO" tiene celebrado el contrato. Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, relevo de toda Responsabilidad a Allianz México. El llenado de este formato no obliga a Allianz México, a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a de Allianz México, de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante



MAPFRE TEPEYAC, S.A.

Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)  
Municipio San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

### INFORME MÉDICO

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA     TRATAMIENTO MÉDICO     REEMBOLSO

#### INSTRUCCIONES

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDAS DURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE		No. PÓLIZA	EDAD
			SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="radio"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD:	
<input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUÁL?	
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS		ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)	
PADECIMIENTO ACTUAL			
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS			
			FECHA INICIO mar 29, 2019
CODIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO		FECHA DIAGNÓSTICO mar 14, 2019
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO			
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUÁL?			
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN EL DIAGNÓSTICO)			

TRATAMIENTO			
CODIGO OPT-4	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO (MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO)		
			FECHA INICIO
¿HUBO COMPLICACIONES?  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL:	TIPO DE ESTANCIA:	FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:
	<input type="checkbox"/> URGENCIA		
CIUDAD:	<input type="checkbox"/> HOSPITALARIA		
	<input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA		
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO:		TELÉFONO:	
ESPECIALIDAD:	R.F.C.:	N°. CELULAR:	
CEDULA PROFESIONAL:	CEDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN:		
NÚMERO DE PROVEEDOR:	E-mail:		
PRESUPUESTO			
MONTO CONSULTA	\$	MONTO 1er. AYUDANTE	\$
MONTO CIRUJANO	\$	MONTO 2do. AYUDANTE	\$
MONTO ANESTESISTA	\$	INTERCONSULTAS	\$
ESPECIFICAR ESPECIALISTAS			

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y confirmo al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y así mismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

**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](http://www.mapfre.com.mx) (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico [actuacionetica@mapfre.com.mx](mailto:actuacionetica@mapfre.com.mx)





No. de póliza	No. de certificado	No. de empleado o matrícula de la escuela
Plan contratado	No. de folio	

**Instrucciones**

1. El presente cuestionario debe ser contestado en su totalidad por el médico tratante, evitando dejar espacios en blanco. Utilice **letra de molde, legible y tinta negra**.
2. El documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras o uso de distintas tintas.
3. Esta sección debe ser llenada en toda reclamación inicial, y **cada 6 meses en caso de reclamaciones subsecuentes. En caso de contar con una autorización o número de siniestro previos para este padecimiento no es necesario llenar esta sección.**
4. La recepción de este formato no obliga a AXA a admitir la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que nos reservamos conforme al contrato de seguro.
5. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada, exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.

**Información del paciente**

Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino Edad \_\_\_\_\_

Causa de la atención médica  
 Accidente  Pérdida Orgánica  Otros  Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de padecimiento (puede marcar más de una casilla)  
 Crónico  Agudo  Otros  Tiempo de evaluación del padecimiento \_\_\_\_\_

**Diagnóstico(s):**  
 Causa o etiología \_\_\_\_\_  
 Describa el mecanismo de lesión \_\_\_\_\_  
 Indique el sitio de la lesión, detallando si ésta es unilateral o bilateral \_\_\_\_\_  
 Tiene relación con otro padecimiento: Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Fecha de los primeros síntomas \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_  
 Estudios de laboratorio y gabinete que se realizaron para confirmar el diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Nombre del hospital \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de egreso \_\_\_\_\_

Tipo de estancia Urgencia  Hospitalización  Corta estancia/ambulatoria  Consultorio   
 Motivo por el cual ingreso el paciente al hospital \_\_\_\_\_  
 Exploración física y respuesta al tratamiento inicial \_\_\_\_\_

**Tratamiento médico**  
 Describa el nombre del (los) medicamento(s) indicado(s) (presentación, dosis, frecuencia, fecha de inicio, duración y término del tratamiento)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento \_\_\_\_\_

**Tratamiento quirúrgico**  
 Cirugía programada \_\_\_\_\_ Cirugía realizada \_\_\_\_\_  
 Hallazgos \_\_\_\_\_  
 Se realizó biopsia Sí  No  Describa el resultado del estudio histopatológico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Complicaciones \_\_\_\_\_

**Datos del médico**

Nombre del médico	Especialidad	Cédula profesional
Cirujano _____	_____	_____
Anestesiólogo _____	_____	_____
Ayudante 1 _____	_____	_____
Ayudante 2 _____	_____	_____
Otro(s) médico(s) _____	_____	_____

En caso de interconsultantes, indicar nombre del médico, especialidad y número de días de visitas \_\_\_\_\_

**Firma del médico tratante**

**FIM FORMATO DE INFORME MÉDICO**



**Indicaciones:**

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, 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.

FECHA: Día / Mes / Año

CONTRATANTE: \_\_\_\_\_ No. PÓLIZA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M No. de Póliza: \_\_\_\_\_ Certificado: \_\_\_\_\_

**TIPO DE EVENTO**

- Accidente  Enfermedad  Embarazo

**HISTORIA CLÍNICA**

(Favor de especificar fecha de inicio de patologías y/o de realización de cirugía así como tiempo de evolución)

- APP- Antecedentes Personales Patológicos**  
Favor de especificar fecha de inicio o tiempo con el padecimiento
- Cardíacos \_\_\_\_\_
  - Hipertensivos \_\_\_\_\_
  - Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_
  - VIH / SIDA \_\_\_\_\_
  - Cáncer \_\_\_\_\_
  - Hepáticos \_\_\_\_\_
  - Convulsivos \_\_\_\_\_
  - Otros: \_\_\_\_\_

- APNP- Antecedentes Personales No Patológicos**
- Fuma? (especificar cantidad) \_\_\_\_\_
  - Consume bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_
  - Consume o ha consumido algún tipo de Drogas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_
  - Pérdida no intencional de peso? (describir) \_\_\_\_\_
  - Otros: \_\_\_\_\_

Cirugías:

AQ - Antecedentes Quirúrgicos: \_\_\_\_\_ AP - Atención Perinatales (si es necesario): \_\_\_\_\_

**PA-PADECIMIENTO ACTUAL**

Fecha de primeros síntomas del padecimiento: Día / Mes / Año Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:  
 Fecha de 1era consulta por este padecimiento: Día / Mes / Año  
 Fecha de diagnóstico de este padecimiento: Día / Mes / Año

**DIAGNÓSTICO (S)**

1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

**TIPO DE PADECIMIENTO**

Congénito  Agudo  Adquirido  Crónico

Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Tiene relación con otro padecimiento?  Sí  No Cuál? \_\_\_\_\_

El padecimiento ocasionó incapacidad?  Sí  No  Parcial  Total

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?  Sí  No

Favor de especificar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EF - Exploración Física y Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Talla \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO

Favor de indicar:  Programación de tratamiento  Descripción de tratamiento ya realizado

Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado y tiempo quirúrgico)

Tratamiento Médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)

Descripción  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hubo complicaciones?  Sí  No

Favor de describir complicaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Hospital _____	Ciudad _____	Fecha de Ingreso	____	____	____
Tipo de estancia		Fecha de Egreso	____	____	____
<input type="radio"/> Urgencia	<input type="radio"/> Hospitalización	<input type="radio"/> Corta Estancia/Ambulatoria			

### DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombre (s) _____	No. de Proveedor _____
RFC _____	Especialidad _____		
Cédula Profesional _____	Cédula de la Especialidad / Certificación _____		
E-mail _____	Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA _____		

**En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del (os) Médico(s) que participa(n) y su presupuesto de Honorarios:**

Anesidólogo \_\_\_\_\_  
Primer Ayudante \_\_\_\_\_  
Segundo Ayudante \_\_\_\_\_  
Otro(s) Médico(s) \_\_\_\_\_

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos. Notas: Se le informa que la inexacta o falta declaración proporcionada en este formato, releva de toda Responsabilidad a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. El llenado de este formato no obliga a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Pertenece a la RED de Médicos de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.7  Sí  No

En caso de no pertenecer a la RED, acepta el tabulador de la Aseguradora para el pago de sus honorarios?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico Tratante

La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número CGEN-50038-0255-2011 de fecha 20/10/2011.



**FIM  
INFORME MEDICO**

PROGRAMACION DE CIRUGIA     TRATAMIENTO MEDICO     REEMBOLSO

- 1- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MEDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2- LE SUPPLICAMOS NO DEJAR PREGUNTAS, NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3- ESTE DOCUMENTO NO SE ACEPTA CON TACHADURAS, NI ENMENDADURAS. DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.
- 4- SE LE INFORMA AL MEDICO QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACION EN EL PRESENTE INFORME MEDICO PUEDE INVALIDAR TODA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA CON EL ASEGURADO.

**FICHA DE IDENTIFICACION**

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD DE NACIMIENTO	SEXO F M
CAUSA DE ATENCION <input type="checkbox"/> PREVENICION <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MEDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUANTO _____	

**HISTORIA CLINICA**

<p>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS</p>     <p style="text-align: right;">TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____</p>	<p>ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS</p>     <p style="text-align: right;">TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____</p>
<p>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS</p>     <p style="text-align: right;">TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____</p>	<p>ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)</p>     <p style="text-align: right;">TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____</p>

**PADECIMIENTO ACTUAL**

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS		<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>DI</td><td>ME</td><td>AN</td></tr> <tr><td>00</td><td>00</td><td>00</td></tr> </table>	DI	ME	AN	00	00	00
DI	ME	AN						
00	00	00						
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCION DEL DIAGNÓSTICO	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>DI</td><td>ME</td><td>AN</td></tr> <tr><td>00</td><td>00</td><td>00</td></tr> </table>	DI	ME	AN	00	00	00
DI	ME	AN						
00	00	00						
TIPO DE PADECIMIENTO								
<input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO								



TRATAMIENTO			
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO	CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO DIA    MES    AÑO 0   0   0   0   0   0
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIBA COMPLICACIONES		
OBSERVACIONES			
RESULTADOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS AL ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO			
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="radio"/> URGENCIA <input type="radio"/> HOSPITALARIA <input type="radio"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA FECHA DE INGRESO    FECHA DE EGRESO DIA    MES    AÑO    DIA    MES    AÑO 0   0   0   0   0   0    0   0   0   0   0   0	

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE			
NOMBRE DEL MÉDICO			
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACION	MÉDICO DE RED <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESUPUESTO			
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			

**NOTA:** Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso revelo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

\_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR

\_\_\_\_\_

FRMA DEL MÉDICO TRATANTE



Grupo Nacional Provincial, S.A.B.  
Av. Cerro de las Torres No. 395  
Col. Campestre Churubusco  
C.P. 04200, México, Distrito Federal  
R.F.C. GNP9211244P0

### Gastos Médicos

#### Informe médico

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

TRAMITE	<input type="checkbox"/> Programación de cirugía			<input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico			<input type="checkbox"/> Reembolso			
	Nombre del paciente							Fecha de nacimiento (dd / mm / aaaa)		
EDAD DE IDENTIFICACION	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)					
	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	No. de Póliza		Causa de atención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente					
HISTORIA CLINICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCION)	Antecedentes personales patológicos				Antecedentes personales no patológicos					
	Antecedentes gineco-obstétricos				Antecedentes perinatales (si es necesario)					
	Padecimiento actual De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento							Fecha de inicio (dd / mm / aaaa)		
	Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)					Fecha de diagnóstico (dd / mm / aaaa)			
Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico							¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)										

En caso de requerir mayor información, contáctenos al 5227-9000 en el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) 1/2

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)	<b>Tratamiento</b> CPT4. Sólo como referencia		Descripción del tratamiento	Fecha de inicio (dd / mm / aaaa)
	Complicaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Descripción de complicaciones	
	Información adicional			

DATOS DEL HOSPITAL	Nombre del hospital POLICLINICA OPTIMA SA DE CV		Ciudad TEZUITLAN	Estado PUEBLA
	Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria			Fecha de ingreso (dd / mm / aaaa)

Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Teléfono	Celular	Fax	Correo electrónico *
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto

[+] Si cuenta con él.

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

**Datos Personales:**

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) en la sección Aviso de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico tratante



AVISO DE ACCIDENTE



Es indispensable para la atención médica con pago directo y/o reembolso la presentación de este formato completamente requerido.

No. Póliza  Contratante   
 Fecha del reporte (dd/mm/aaaa)  Hora del reporte hora/minutos

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s)  Apellido paterno  Apellido materno   
 Edad  Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)  Género M  F   
 Nombre del padre o madre (si es menor de edad)   
 Teléfono de contacto  Correo electrónico   
 País  Nacionalidad   
 Calle y Núm. ext.  Núm. int.  Colonia   
 Estado  Alcaldía o Municipio  C.P.   
 CURP

DATOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O ESTAR EN ESTADO DE INCONCIENCIA

Nombre  Relación con el asegurado   
 Teléfono móvil  Correo electrónico  Firma

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha y Hora del Accidente  Lugar   
 Explique detalladamente como ocurrió el accidente  
  
  
  
 Describa el tipo de lesión y la zona del cuerpo afectada.

ADVERTENCIA: El contratante, asegurado y/o beneficiario 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, puede ser constitutiva de un delito sancionado por las leyes penales.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN/EMPRESA

Nombre completo del responsable   
 Puesto  Teléfono  Correo electrónico   
 Firma  Sello de la institución

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, mismos 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. Consultar aviso de privacidad en [www.thonaseguros.mx](http://www.thonaseguros.mx). Autorizo a THONA 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. Autorizo a los médicos que me hayan asistido, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que hayan acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier accidente y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen la información que les sea solicitada por THONA, con relación a la presente reclamación, siendo suficiente copia fotostática de este documento ya que es tan válida como la original. Autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguro para que proporcionen a THONA la información de su conocimiento y que a su vez THONA 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.

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)  Nombre y firma del asegurado afectado

MO39 19SIN0034

1 de 1



**NOTA DE URGENCIAS**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

NUMERO DE AFILIACION/POLIZA \_\_\_\_\_

HORA DE LLEGADA \_\_\_\_\_ HRS. \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

LUGAR DE PROCEDENCIA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PERSONA QUE SE CORRESPONSABILIZA DE LA ATENCION DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

NOTA MEDICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## INFORME MÉDICO



### Instrucciones

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y/o electrónicamente.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar, la información debe ser detallada.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, rayaduras o emendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

### DATOS DEL ASEGURADO

Nombre  Apellido Paterno  Apellido Materno   
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)  Género F  M  Edad  No. de póliza   
Actividad, ocupación o profesión  Correo electrónico

### DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente (dd/mm/aaaa)  Hora/Minutos   
Fecha 1er consulta (dd/mm/aaaa)   
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Si  No   
¿Cual?

### MECANISMO DE LESIÓN

Quadro clínico

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

### DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES/HALLAZGOS

### TRATAMIENTO Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

En caso de cirugía anexar nota post quirúrgica

### ESTUDIOS REALIZADOS

Cuales fueron los estudios que confirman el diagnóstico, anexar interpretación de estudios realizados

### ATENCIÓNES SUBSECUENTES

Llenar en caso de atenciones subsecuentes: indicar evolución y estado actual del paciente

MC-0919SIN0040

1 de 2

Avenida Insurgentes Sur 1228 Piso 7 Col. Tlacoquemecatl Del Valle C.P. 03200 Alcaldía Benito Juárez CDMX Tel: (55) 4433-8900, www.thonaseguros.mx

COSTO DEL TRATAMIENTO COMPLETO		
Nombre del hospital	Ciudad	Honorarios médicos \$
TIPO DE ESTANCIA		
Urgencia <input type="radio"/>	Corta estancia ambulatoria <input type="radio"/>	Hospitalaria <input type="radio"/>
Hospital donde se atendió		
Fecha de ingreso(dd/mm/aaaa)	Fecha de egreso(dd/mm/aaaa)	
INCAPACIDAD		
El paciente por su lesión, ¿Requiere incapacidad temporal o definitiva?		
¿A partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad? (dd/mm/aaaa)		
¿En que fecha se ingresará a sus actividades habituales? (dd/mm/aaaa)		
MÉDICO TRATANTE		
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
RFC	Especialidad	
No. de cédula profesional	No. de cédula especialidad	Teléfono
Correo electrónico	Lugar	Fecha (dd/mm/aaaa)
RESPONSABLE DEL PACIENTE		
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
RFC	No. de identificación oficial	Teléfono

Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe invalidará toda responsabilidad de la compañía. El tratamiento de los datos personales se realiza de acuerdo al Aviso de Privacidad en [www.fhonasseguros.mx](http://www.fhonasseguros.mx)

[Blank signature box for doctor]

Nombre y firma del médico tratante

[Blank signature box for patient]

Nombre y firma del responsable del paciente

Foto: \_\_\_\_\_

### Instrucciones

Este cuestionario deberá ser llenado en su totalidad con letra de molde, con información completa y detallada, firmado por el Asegurado y el Contratante. Por el hecho de proporcionar este formulario, Seguros Vepor Más S.A., Grupo Financiero Vepor Más no queda obligado a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza.

Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

### Datos de Póliza

Nombre del Contratante:

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES OPCIONES + HOMOCLAVE OPCIONES

No. de Póliza:

Subgrupo:

Terminación de vigencia OPCIONES

### Datos del Asegurado

Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombre(s):

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES OPCIONES + HOMOCLAVE OPCIONES

No. de Certificado:

Edad:

Sexo:

M  F

Fecha de nacimiento OPCIONES

Parentesco con el Contratante/Titular:

Asegurado desde OPCIONES

Ocupación (indicar labores diarias):

### Datos de la reclamación

Motivo:

Año de dentro Único Obituario

Pago directo

Progresión de cirugía o tratamiento

Segundo o tercer

Tipo:

Accidente

Enfermedad

Enfermedad

Reclamación

Retiro

Complementaria

### Información general

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento o enfermedad en esta u otra compañía?  Sí  No

¿En qué compañía?:

Núm. Sinistro:

Fecha de Reclamación OPCIONES

¿Cuéntas actualmente con otro Seguro?  Sí  No

¿En qué compañía?:

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

Fecha de la primer consulta médica OPCIONES

Indica el diagnóstico o padecimiento:

Motivo de la atención médica:

En caso de ser accidente, detalla cómo y dónde ocurrió e indica, en su caso, la autoridad que tomó conocimiento del accidente (favor de anexar copias M.P.):

¿Cuéntas con Seguro de automovil?  Sí  No

¿Con qué compañía?:

No. de Póliza

Tipo de cobertura

Suma asegurada

Compañía del tercero:

¿Has estado hospitalizado o requieres de hospitalización?  Sí  No

Días de hospitalización:

Hospital:



No. de factura	Concepto	Monto

**Nota:**  
 Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que he asido 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 Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto 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 solicitud de seguros para que proporcionen a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurado la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

**Aviso de privacidad simplificado.**

**A. Responsable**  
 Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, es responsable de la protección de tus datos personales asegurando que éstos sean tratados ajustándose a lo estipulado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

**B. Finalidad de los datos personales**  
 De conformidad con lo señalado en la ley, se te informa que los datos personales sensibles que se recaban acerca de ti, serán utilizados para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio y/o productos que solicitas:

- La realización de todas y cada una de las operaciones y la prestación de los servicios, así como la celebración de los demás actos que Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más puede realizar conforme a la legislación que les sea aplicable y a sus estatutos sociales.

**Lugar y fecha (DDMMAAAA)**

Firma

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más  
 Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX. En caso de Suceso llama al 01 800 890 9676.  
[www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

- La identificación y contacto del titular de los datos personales
- Para la evaluación de tu solicitud de Seguro y selección de riesgos, y en su caso, la emisión del Contrato de Seguro
- La aplicación de exámenes de estado general de salud, previo a la Contratación de Seguro
- Para realizar las gestiones de cobro que son inherentes a la Contratación o renovación del Seguro
- Para trámite y seguimiento de tus solicitudes de pago de Síntomas, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro
- Las revisiones y correcciones requeridas por o para actualización de datos o para mayor conocimiento de los titulares y sus operaciones, tanto para efectos legales como de prevención o seguridad
- La comunicación con los clientes, proveedores, consejeros y auditores externos actuales o anteriores, para tratar cualquier tema relacionado con asuntos contractuales, comerciales, laborales, de negocios o con sus datos personales o el presente Aviso de Privacidad
- Las consultas, investigaciones y revisiones en relación a cualquier queja, reclamación o adrección
- La atención de requerimientos de cualquier autoridad competente conforme a la legislación aplicable a la identidad financiera
- Cualquier actividad complementaria o auxiliar necesaria para la realización de los fines anteriores

De manera adicional, se utilizará tu información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el servicio o producto solicitado, pero que permiten y facilitan brindarte un mejor servicio:

- La promoción de productos, servicios, beneficios adicionales, descuentos, promociones, bonificaciones, concursos, estudios de mercado, sorteos y publicidad en general, ofrecidos por las empresas integrantes del Grupo Financiero relacionado con las mismas o terceros nacionales o extranjeros con quienes cualquiera de dichas empresas mantengan alianzas comerciales
- La realización de encuestas de calidad, servicio o de cualquier otro tipo relacionado con los productos y servicios que se ofrecen y/o prestan, así como el desarrollo e implementación de procesos de análisis de información y estadísticos que se deriven de dichas encuestas

En caso de que no desees que tus datos personales sean tratados ni transferidos para estos fines adicionales, podrás manifestarlo desde este momento a través del correo electrónico [atención@seguro.viapormas.com.mx](mailto:atención@seguro.viapormas.com.mx), indicando nos tu nombre completo y número de empleado. La negativa para el uso de tus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que tengamos los servicios y productos que solicitaste con nosotros.

### C. Conoce nuestro Aviso de Privacidad Integral

Para mayor información acerca del tratamiento de tus datos personales, como los terceros con quienes compartimos tu información personal, los cambios de nuestro Aviso de Privacidad y la forma en que podrás ejercer tus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación de uso y divulgación de tu información, así como para renovar tu consentimiento, podrás acceder a nuestro Aviso de Privacidad Integral en [www.viapormas.com](http://www.viapormas.com)

### Lugar y fecha (DDMM/AAAA)

Nombre y firma del Asegurado afectado

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Agente

Fecha de hospitalización (COMBIAM):	Desde (COMBIAM):	Hasta (COMBIAM):
-------------------------------------	------------------	------------------

¿Qué estudios se realizaron para el diagnóstico o tratamiento?:

Nombre del médico tratante:	Especialidad:
Dirección:	Teléfono / Email:

Lugar donde fuiste atendido:	Hospital <input type="checkbox"/>	Consultorio <input type="checkbox"/>	Domicilio del Asegurado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------------

#### Menciona los médicos que has consultado en los últimos dos años

Nombre	Especialidad	Causa	Fecha (COMBIAM)	Teléfono

#### Segunda opinión

Es la opinión que puede ser requerida por el Asegurado por Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más en caso de duda o controversia en cuanto a un diagnóstico médico, el cual se otorgará por medio de médicos especialistas que no participen de ninguna manera en la atención médica del Asegurado designado por Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más. Los gastos que se deriven por una segunda opinión médica para el mismo padecimiento se cubrirán, siempre y cuando se trate de una enfermedad cubierta.

Solicito la autorización por parte de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más para llevar a cabo una segunda opinión médica respecto al padecimiento en cuestión.

Comentarios y/o aclaraciones:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Asegurado afectado

#### Documentación a presentar

<input type="checkbox"/> Copia de actuación del Ministerio Público o actuación recibida de la institución (en caso de accidente)
<input type="checkbox"/> Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete
<input type="checkbox"/> Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (INE, pasaporte o, en caso de menores de edad, acta de nacimiento)
<input type="checkbox"/> Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales
<input type="checkbox"/> Copia de identificación oficial del Contratante (INE, pasaporte vigente)
<input type="checkbox"/> Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento





## Formato Informe Médico

Para ser llenado por el médico responsable de la atención médica.

Nombre del paciente:

Fecha del accidente:

Fecha: DD/MM/AA Hora: : A.M.  
P.M.

Fecha de la 1.ª consulta:

Fecha: DD/MM/AA Hora: : A.M.  
P.M.

Mecanismo de la lesión:

---

---

---

Diagnóstico:

---

---

---

Descripción de las lesiones:

---

---

---

---

---

---

---

---

Tratamiento y descripción de medicamentos:

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha calculada de término del tratamiento:

Fecha: DD/MM/AA

Interpretación de los estudios que confirman el diagnóstico:

---

---

---

---

Costo estimado del  
tratamiento completo:

Servicios: \$ \_\_\_\_\_

Honorarios médicos:

\$ \_\_\_\_\_

### Médico tratante

Nombre y firma:

RFC:

Cédula profesional:

Teléfono particular:

( ) \_\_\_\_\_

### Responsable del paciente

Nombre y firma:

Fecha: DD/MM/AA

Teléfono particular:

( ) \_\_\_\_\_



# Formato Aviso de accidente

Al momento del accidente, debes reportarte al: 01 800 001 2244

Nombre de la institución

Póliza	Cuota	Rama	Pólizas
--------	-------	------	---------

Formato para la reclamación de gastos médicos por accidentes. Consideraciones importantes:

1. El informe médico será llenado por el médico que atendió al asegurado.
2. El aviso de accidente, debe ser llenado por el responsable de la institución y/o el afectado, así el responsable acreditará al afectado como asegurado de la póliza que arriba se señaló y exhibirá los datos de ocurrencia del evento.

3. Es indispensable para la atención médica con pago directo. La presentación es obligatoria de la credencial vigente de la institución (en caso de aplicarla) y el presente formato debidamente requerido.

## A) Datos del afectado

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Grado y grupo (accidentes escolares): \_\_\_\_\_ Credencial No.: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o madre (si el afectado es menor de edad): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

## B) Datos del accidente

Describe detalladamente el evento: \_\_\_\_\_

Fecha: DD/MM/AA Hora: : A.M. P.M. Lugar donde ocurrió: \_\_\_\_\_ En el trabajo: \_\_\_\_\_ En las instalaciones: \_\_\_\_\_ Especifica: \_\_\_\_\_

## C) Datos de la institución

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Firma de la institución: \_\_\_\_\_

Sello de la institución

Se autoriza a AIG Seguros México para recibir historia clínica, consultas, prescripciones, tratamientos, radiografías, etc., de cualquier hospital, médico o persona que haya examinado al asegurado con relación a cualquier enfermedad o lesión que haya sufrido. La falta de declaración en el siguiente cuestionario, anula los beneficios del seguro contratado.

Fechado en: \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

## D) Consentimiento

Medicaria S.A. de C.V., con domicilio en Av. Álvaro Obregón 151, piso 11, Cd. Roma Norte, D.F. Cuauhtémoc, México, Ciudad de México, es la entidad responsable del tratamiento de tus datos personales que recibamos directamente de ti, a través del llenado de este formato. Tus datos personales serán usados para verificar la procedencia del siniestro del seguro y dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del seguro mencionado. Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y los avisos de privacidad aplicables. Al llenar este formato, estás manifestando tu consentimiento para usar, transferir y almacenar tus datos personales (patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados). Podrás revocar tu consentimiento

en cualquier momento, sin que se le atribuyan efectos retroactivos, en los términos indicados en los avisos de privacidad. El aviso de privacidad de Medicaria S.A. de C.V., está a tu disposición en cualquier momento, solicitándolo al correo electrónico: [privacidad@medicaria.com.mx](mailto:privacidad@medicaria.com.mx) El aviso de privacidad de AIG Seguros México, S.A. de C.V., está a tu disposición en la página de Internet [www.aig.com.mx](http://www.aig.com.mx)

Manifiesto que he leído los avisos de privacidad de las dos entidades mencionadas, previamente al proporcionar mis datos personales, los cuales declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

X

Nombre y firma del titular de los datos

W:\Seguros\den\Formato\0217

## Aviso de Accidente o Enfermedad (Debe ser contestado por el Asegurado)

# MetLife

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se dé una información completa y detallada, 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.

<b>No. de Póliza</b>		<b>No. de Certificado</b>		<b>Fecha de Antigüedad de Póliza</b>		
				Año	Mes	Día
<b>Nombre o Razón Social del Contratante</b>						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
<b>Nombre del Asegurado Titular</b>				<b>R.F.C. del Asegurado Titular</b>		
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
<b>Nombre del Paciente Asegurado</b>				<b>Fecha de Alta al Seguro</b>		
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Año		Mes		Día		
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Edad</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Sexo</b>		<b>Parentesco</b>
Año	Mes	Día		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Mismo <input type="checkbox"/>
						Hijo(a) <input type="checkbox"/>
						Cónyuge <input type="checkbox"/>
						Ascendente <input type="checkbox"/>
<b>Domicilio</b>			<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	
<b>C.P.</b>		<b>Teléfono</b>		<b>Ocupación</b>		<b>Lugar donde Trabaja</b>
¿Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Desde cuándo: _____
Compañía:				No. de Póliza:		
[Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra Compañía?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Compañía(s):				No. de Siniestro:		
Se trata de:			Nombre del Agente:			
Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			Clave del Agente:			
			Estado:			
Tipo de reclamación:				Pago directo <input type="checkbox"/>		Carga Programada <input type="checkbox"/>
Inicial <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/>		No. de Siniestro: _____		Reembolso <input type="checkbox"/>		
Mencione el motivo por el cual recibió la atención médica:						
Fecha en que visitó por primera vez al médico con motivo de la misma:				Día		Mes
						Año
Si es accidente detállelo (Cómo y dónde ocurrió el accidente?)						
¿Qué estudios de laboratorio y rayos "X" le fueron realizados?						
Hospital en el que fue atendido:			Número de días que estuvo hospitalizado:		Fecha: Día Mes Año	
Testigos presenciales: Nombre (Apellido paterno, materno, Nombre(s))				Domicilio:		Teléfono:
Tomó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Cite cuál:		
En caso de accidente automovilístico, existe Seguro de (de los) automóv(ile)s: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Favor de mencionar:		
Compañía:		Cobertura:		Suma Asegurada (G.M.):		No. de Póliza:

Anexar: Copias de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la Compañía.

Hoja 1 de 2

Bld. Manuel Ávila Camacho No.32, pisos 5KL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.  
Tel. 5328 7000, Lada sin costo 01-800-00 MetLife (6385433)

CC-1-013

<b>Nombre del Médico Tratante</b>			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Lugar de atención:      Consultorio Médico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicilio Asegurado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Por qué medio le fue recomendado el Médico:      MetLife Médico, S.A. <input type="checkbox"/> Consultorio Médico <input type="checkbox"/>			
Compañía donde trabaja <input type="checkbox"/>	Otro Médico <input type="checkbox"/>	Nombre: _____	Otro Medio <input type="checkbox"/>
Describa la naturaleza del padecimiento o de las lesiones sufridas:			
Que Médico ha consultado durante los últimos dos años:			
Nombre del Médico: (Apellido paterno, materno y Nombre(s))			
Domicilio:			
Causa:			Fecha:
<b>Indique otras pólizas en vigor de Gastos Médicos Mayores (G.M.M), Accidentes (Acc.) u Hospitalización (Hosp.)</b>			
Compañía	Cobertura	Suma Asegurada	No. de Póliza
El que suscribe, solicita y autoriza a cualquier hospital, al médico o persona que me haya atendido o examinado a cualquier miembro de mi familia, a suministrar a MetLife México, S.A., o a su representante, toda la información con relación a la enfermedad o lesión que haya sufrido, historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos, incluyendo radiografías y copias de expedientes del hospital o médico, lo que podrá ser incluido como parte de las pruebas de la reclamación presentadas por mí a la Institución, la copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.			
Lugar y Fecha: _____			
_____ Nombre y firma del Asegurado Afectado		_____ Nombre y firma del Asegurado Titular	
Hoja 2 de 2			



Folio: \_\_\_\_\_

### Tipo de informe

Programación de cirugía o tratamiento médico

Reembolso

### Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde, favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

### Datos del Paciente

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo

M

F

Ocupación \_\_\_\_\_

No. de Póliza \_\_\_\_\_

### Tipo de reclamación

Embarazo

Enfermedad

Accidente

Referido por otro médico o unidad

Si  No

¿Cuál?

Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio:


Antecedentes Gineco-Obstétricos:


Antecedentes personales no patológicos:


Antecedentes perinatales:


Padecimiento actual

Principales signos y síntomas

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)

Código CIE-10

Descripción del diagnóstico

Fecha de diagnóstico (DD/MM/AAAA)

Evolución del padecimiento

1-30 Días  1-3 meses  3-6 meses  1-2 años  >2 años

Tipo de padecimiento

Congénita  Aguda  Crónica  Adquirida

¿Se te ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

Si  No

¿Cuál?

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

Talla \_\_\_\_\_ cms. Peso \_\_\_\_\_ Kg. T/A \_\_\_\_\_ mm/Hg. FC \_\_\_\_\_ x'. FR \_\_\_\_\_ x'. T \_\_\_\_\_ C

### Tratamiento

Código CPT4

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)

Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica:

Médicos que participaron:

### Tratamiento

Duración del tratamiento:

¿Hubo complicaciones?

Sí  No

Descripción de las complicaciones:

---



---



---

### Interconsultas, número y fechas (DD/MM/AAAA)

---



---

### Observaciones

---



---



---

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

### En caso de reembolso por hospitalización

Nombre del hospital

Ciudad y estado

Tipo de estancia Urgencia  Hospitalaria  Corta estancia / ambulatoria

Fecha de ingreso (DD/MM/AAAA)

Fecha de egreso (DD/MM/AAAA)

Fecha de intervención (DD/MM/AAAA)

### Datos generales del médico tratante

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Especialidad

Teléfono

Teléfono celular / radio

Cédula Profesional

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (17 POSICIONES) + HOMOCLAVE (3 POSICIONES)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cédula de Especialidad / certificación

No. de proveedor

Email

### Programación de cirugía

¿Tiene convenio con la Aseguradora?

Sí  No

Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio

Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más y al Asegurado, de lo contrario favor de indicar presupuesto.

Cirujano

\$

Ayudante

\$

Anestesiólogo

\$

Tratamiento médico

\$

Fecha exacta de la cirugía (DD/MM/AAAA)

Hospital en que se realizará

Estoy entendido y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi domicilio y/o correo electrónico.

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores.

Asimismo, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico invalidará toda responsabilidad de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

Cualquier copia fiel de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Nombre y firma del Médico Tratante



## FAE 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 Y DETALLADA.
- 3- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI ABANDONAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- 4- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMIENDAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

**MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN**

- REEMBOLSO       PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA / TRATAMIENTO       PAQUÍ - DIRECTO  
 TIPO DE RECLAMACIÓN       ACCIDENTE       EMBARRAZO       ENFERMEDAD

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. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____	FECHA DE ALTA _____	NACIONALIDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	SEXO _____	PARIENTES CON EL TITULAR _____
CORREO ELECTRÓNICO _____		TELÉFONO DE CONTACTO CLAVELADA ( ) _____
DOMINIO / CALLE _____		NO. EXTERIOR _____ NO. INTERIOR _____
C.P. _____ ESTADO _____ DELEGACIÓN _____		COLORIA _____
OCUPACIÓN O PROFESIÓN _____		LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA _____
CRO DE LA EMPRESA _____		
¿HA PRESENTADO CASOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OFICINA COMPANIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDICAR NO. DE SINESTRO _____		
COMPANIA _____		FECHA DE ALTA _____
¿ACTUALMENTE TIENE ORO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      COMPANIA _____		
TIPO DE RECLAMACIÓN: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA		INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SINTOMAS QUE PRESENTÓ _____
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____		
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____		
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____		
¿ES ACCIDENTE DETALLE SE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? _____		
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____		
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO, ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DE LA COMPANIA _____
COBERTURA _____	SUMA SEGURO _____	NO. DE PÓLIZA _____
COMPANIA DEL TERCERO _____		
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____		ESTUVO HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      DÍAS DE ESTANCIA _____
¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO? _____		
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____		ESPECIALIDAD _____
DIRECCIÓN _____		TEL. Y/O EMAIL _____
¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? _____		CAUSA Y FECHA _____
		TEL. Y/O EMAIL _____
<b>DOCUMENTOS A PRESENTAR</b> 1.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN REGIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE). 2.- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE. 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN ORIGINAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 18 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO). 4.- REGISTRO DE DATOS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUE DEBAN SER VÁLIDOS COMO: 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 ORIGINAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FÍSICA.		
<b>NOTA:</b> AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN YO A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A <b>SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C. V.</b> , AJUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MIS IVA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE <b>INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C. V.</b> , LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPANÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A <b>SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C. V.</b> LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASU VEZ <b>SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C. V.</b> PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.		
_____ NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR		_____ NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO
FECHA _____ LUGAR _____		

AMIS AGOSTO, 2006.





**FIM**  
**INFORME MÉDICO**

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA     TRATAMIENTO MÉDICO     REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES**

- 1- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMAO POR EL MÉDICO TRAZANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMIENDAS O RASGOS Y SE LE DECLARARÁ NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN			
APELLIDO PATERNO MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE	(ESPACIO LIBRE)	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUAL? _____		
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS		
ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)		
PADECIMIENTO ACTUAL			
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS			
			FECHA DE INICIO DÍA    MES    AÑO
CÓDIGO DE ICD-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO		
			FECHA DIAGNÓSTICO DÍA    MES    AÑO
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO			
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUAL? _____			
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO)			

TRATAMIENTO			
CÓDIGO CPT4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO		
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES	
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTADIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CURTA ESTADIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DA    MES    AÑO	FECHA DE EGRESO DA    MES    AÑO
<b>DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE</b>			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____		TELÉFONO _____	
ESPECIALIDAD _____	R.F.C. _____	CELULAR _____	
CÉDULA PROFESIONAL _____	CÓDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN _____		
NÚMERO DE PROVEEDOR _____	E-mail _____		
PRESUPUESTO			
(ESPACIO LIBRE)			
<p>NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.</p>			
_____		_____	
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	

**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   
 Pago directo

**Tipo de reclamación**

Accidente  Embarazo  Enfermedad

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		Día / Mes / Año / /	
Nacionalidad _____		Fecha de nacimiento		Día / Mes / Año / /	
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? ___ Si ___ No					
Si su respuesta fue afirmativa indique No. de siniestro _____					
Compañía _____		Fecha de alta		Día / Mes / Año / /	
¿Actualmente tiene otro seguro? ___ Si ___ No			Compañía _____		
Tipo de reclamación __ inicial __ complementaria					
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó _____					
_____					
_____					
_____					

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad Día    Mes    Año _____ / _____ / _____	Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad Día    Mes    Año _____ / _____ / _____
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación _____ Si es accidente detallese, ¿Cómo y dónde fue? _____ _____	
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del ministerio público) _____	
En caso de accidente automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía _____	
Cobertura _____ Suma asegurada _____ No. de póliza _____	
Compañía del tercero _____ Hospital en que fue atendido _____	
Estuvo hospitalizado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Días de estancia _____	
¿Que estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento? _____ _____	
Nombre del médico tratante _____ Especialidad _____	
Dirección _____ Tel. y/o e-mail _____	
¿Médicos que ha consultado en los últimos dos años? _____ _____	
Causa _____	Fecha    Día    Mes    Año /        /        / _____
_____ Tel. y/o e-mail _____	



**Documentos a presentar:**

- 1.- Copia de la actuación del ministerio público (en caso de accidente).
- 2.- Copia del expediente médico de la institución en donde se atendió.
- 3.- Interpretación de estudios radiológicos de gabinete.
- 4.- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE o INE, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento).
- 5.- Facturas de todos los comprobantes de gastos.
- 6.- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

**Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, releva de toda responsabilidad a la institución.**

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión, a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente 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 Atlas, S.A. lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi reclamación, inclusive después de mi fallecimiento, con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto 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 solicitud de seguros para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Atlas, S.A. 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.

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES**

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

**CONSENTIMIENTO**

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

**Nota importante:**

El servicio que el hospital le proporcione conformará una relación contractual entre el hospital, el médico que lo atendió y usted. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o de ambos frente al paciente, ya que usted los eligió libremente, Seguros Atlas, S.A. no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de ésta relación.

Fecha 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

 Lugar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del titular

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del afectado

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 23 de Mayo de 2016, con el número CGEN-S0023-0067-2016"



## Reporte de Accidente Escolar

### INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMANTO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL TITULAR A CARGO DEL AFECTADO CON LETRA DE MOLE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS EN ESPACIOS SIN CORRESPONDENCIA.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS ENMIENDAS Y EN LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

Fecha: \_\_\_\_\_ Ciudad o Lugar: \_\_\_\_\_

### Sección para ser llenada por el asegurado

#### DATOS DEL AFECTADO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd / mm / aaaa

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN MÉDICA

Describe AMPLIAMENTE cómo y dónde ocurrió el accidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha del Ocurrido: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_  
dd / mm / aaaa

Lesiones Presentadas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Familiar Responsable \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Institución Responsable \_\_\_\_\_

Sello \_\_\_\_\_

### Sección para ser llenada por el médico tratante ( 1 )

Fecha de Atención al Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico:

SI ( ) NO ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante

En caso de requerir más de una intervención médica favor de llenar los recuadros subsiguientes:

SNAG-333

Sección para ser llenada por el médico tratante ( 2 )

Fecha de Atención al Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico:                      SI ( )                      NO ( )

¿Oútras?: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante

Sección para ser llenada por el médico tratante ( 3 )

Fecha de Atención al Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico:                      SI ( )                      NO ( )

¿Oútras?: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante



## 16 Definiciones

- ✓ **Accidente:** Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que le produzca lesiones corporales, hasta un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de dicho acontecimiento, o bien que produzca su fallecimiento y este ocurra hasta en un plazo de 90 días naturales siguientes a tal acontecimiento.
- ✓ **Accidente Cubierto:** Accidente que ocurra dentro de la vigencia de la póliza de Seguro que fue adquirida por el cliente.
- ✓ Se consideran dentro de un mismo Accidente Cubierto todas las alteraciones, recaídas, y complicaciones resultantes del mismo acontecimiento, así como las secuelas que se deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico recibido por el Asegurado en virtud de un Accidente Cubierto.
- ✓ **Alta express:** Cuando el Asegurado sea dado de alta por su médico tratante, el HOSPITAL gestionará los trámites para su salida inmediata de las instalaciones del HOSPITAL, una vez que el ASEGURADO haya cubierto los gastos que a él le corresponden, tales como Deducible, Coaseguro y gastos no cubiertos por el Plan.
- ✓ **Asegurado:** Es la persona física que tiene derecho a solicitar y recibir los Servicios de conformidad con su Plan, lo cual deberá acreditar mediante la presentación TIP correspondiente.
- ✓ **Carta pase:** Es el formato que emite la ASEGURADORA a solicitud de cada ASEGURADO en el que consta que, a elección de estos últimos, la ASEGURADORA, pagará al HOSPITAL los Servicios Cubiertos en la póliza de Seguro, en los términos que esta establece.
- ✓ **(CAT) Centro de Atención Telefónica:** Lugar en donde se encuentra personal de la ASEGURADORA que proporciona información vía telefónica a los ASEGURADOS, al HOSPITAL y a los colaboradores afiliados a la Red Médica.

- ✓ **Coaseguro:** Porcentaje de dinero establecido en la caratula de cada póliza de seguro, que corresponde a la participación del Asegurado sobre el monto total de los gastos médicos cubiertos, una vez descontado el Deducible que corresponda. Dicha cantidad se determina aplicando el porcentaje señalado en el Plan de que se trate, al importe total de costos de cada servicio.
- ✓ **Cobertura Máxima:** Son las cantidades máximas a pagar por los SERVICIOS.
- ✓ **Consulta:** Comunicación privada donde el ASEGURADO es examinado por el médico, con el objeto de que este último emita un diagnóstico sobre el padecimiento consultado y prescriba el tratamiento médico que debe seguir el ASEGURADO.
- ✓ **Copago:** Es la cantidad de dinero que tienes que abonar cada vez que recibes un servicio médico, aunque este cubierto por la póliza. (El Copago varía dependiendo de la compañía).
- ✓ **Contratante:** Persona Física o moral que aparece con tal carácter en la caratula de la póliza, responsable de pagar la prima de la misma.
- ✓ **Deducible:** Cantidad fija a cargo del ASEGURADO que aplica a los primeros gastos incurridos por cada enfermedad cubierta en la póliza de seguro. Una vez que dichos gastos han rebasado esta cantidad, comienza la obligación de pago de la Compañía.
- ✓ **Descuentos:** Reducción que otorga el HOSPITAL a cada ASEGURADO respecto a los costos de los servicios que haya recibido, aplicados sobre la lista vigente de precios al Público del HOSPITAL, al momento de la prestación de los Servicios y de acuerdo a las instalaciones en donde se hayan prestado.
- ✓ **Diagnóstico:** Conclusión del análisis clínico realizado por un Médico sobre el estado de salud del Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos en la póliza de Seguro con la que cuente.
- ✓ **Emergencia Médica:** Todo problema médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención médica inmediata.

- ✓ **Enfermedad:** Es la alteración de la salud del Asegurado diagnosticada por un Médico, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
- ✓ **Enfermedad Congénita:** Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico de un órgano o sistema, que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que esta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.
- ✓ **Exclusiones:** Son los SERVICIOS no incluidos en el PLAN y que deben ser cubiertos directamente por el USUARIO.
- ✓ **Hospital:** institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes, que cuenta con salas de intervenciones quirúrgicas, con Médicos y con Enfermeros las 24 horas del día.
- ✓ **Hospitalización:** Estancia continua en un Hospital siempre y cuando esta sea justificada y comprobable, para la atención de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta del mismo.
- ✓ **Informe Médico:** Documento donde se asienta el Motivo de los Servicios prestados al ASEGURADO, describiendo las características y circunstancias del padecimiento.
- ✓ **Médico:** Es el profesionalista certificado afiliado a la Red Médica, quien, en su caso, recomendará la hospitalización del ASEGURADO.
- ✓ **Plan:** Se refiere al tipo de SEGURO contratado entre el ASEGURADO y la ASEGURADORA, de acuerdo a las necesidades de Atención del ASEGURADO.
- ✓ **Precios Preferentes:** Costo de productos y/o servicios no cubiertos por el contrato, los cuales incluyen diferentes descuentos sobre precios de lista, que los proveedores de dichos bienes y/o servicios otorgarán a los USUARIOS.

- ✓ **Red Médica:** Grupo de Médicos que tienen vigente un convenio de colaboración y descuentos con la ASEGURADORA, los cuales ofrecen sus servicios a aquellos ASEGURADOS que los contraten.
- ✓ **Staff Médico:** El grupo de Médicos adscritos al HOSPITAL, que acepten el pago de honorarios directamente por la ASEGURADORA.
- ✓ **TIP (Tarjeta de Información Personalizada):** Dicha tarjeta contiene información escrita como nombre del ASEGURADO, clave, fecha de emisión, tipo de Plan.
- ✓ **Urgencia:** Problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función del ASEGURADO y que requiera atención inmediata.
- ✓ **Usuario:** Es la persona física debidamente acreditada con su Tarjeta de Identificación del Asegurado que tiene derecho a solicitar y recibir los SERVICIOS.
- ✓ **Vigencia:** Tiempo en que el USUARIO goza de los derechos para recibir los SERVICIOS, según los reportes que envíe al CLIENTE la ASEGURADORA.


## 17. Catálogo de Aseguradoras

*Tabla 4*

Catálogo de aseguradoras

ASEGURADORA		No. DE PROVEEDOR	TELS.	CONTACTO	EMAIL
-------------	--	---------------------	-------	----------	-------

 <b>reinventando / los servicios</b>	<b>SANTANDER</b>		01-222-236-35-37	DRA. LOURDES LIMON VARGAS	ma- <a href="mailto:lourdeslimon@hotmail.com">lourdeslimon@hotmail.com</a>
			01 800 8318 275	SOL. AUTORIZACION CONSULTAS	
		07236	01551253079 0- 045 222 46 31897	Sonia Andrés Ramírez	Sonia Andrés Ramírez<sandres@farmared.mx
			01 55 5292 4343 ext. 3587		
		25724	01 800 2151 019	VERONICA CHAPARRO	veronica_chaparro@nadro.com.mx, yazmin_galindo@nadro.com.mx
 <b>reinventando / los servicios</b>	<b>HSBC</b>		01 222 2-36-44-77.	Dr. Rubén Fernández Yarce CAROLINA PARRA CONTACTO	


	<b>AXA SEGUROS</b>		01 800 3628677, 2294614, 04522250553 65	DRA. MARIA ELENA NUÑEZ	<a href="mailto:Marialena.nunez@axxa.com.mx">Marialena.nunez@axxa.com.mx</a>
	<b>AXA SEGUROS</b>		01 800 900 12 92		
	<b>AXA SEGUROS</b>		231 32 28976	PEDRO LOZANO AGENTE DE VENTAS	
	<b>AXA SEGUROS</b>		228 835 8282	JAVIER AMOROZ	
	<b>AXA SEGUROS</b>	<b>MANDAR INFORMACION PARA INGRESOS HOSPITALARIOS</b>		<b>INFORMACION SOLO A LOS CORREOS DE ALTA Y CUENTAS VIP PARA INGRESOS HOSPITALARIOS</b>	<a href="mailto:altahospitalaria@axa.com.mx">altahospitalaria@axa.com.mx</a> <a href="mailto:cuentasvipqmm@axa.com.mx">cuentasvipqmm@axa.com.mx</a>
	<b>AXA SEGUROS</b>		228 102 4002	MANUEL SEGOVIA	



	<b>AXA SEGUROS REPORTES DE GMA</b>		01 22992364000	Dr. Eliazar Reboil COORDINAC IÓN MEDICA GMA	
	<b>AXA SEGUROS</b>		Tel +52 (55) 5169 10 00 Ext. 2689	DRA. MARIA ESTHER CRUZ	<a href="mailto:mariaesther.cruz@axa.com.mx">mariaesther.cruz@axa.com.mx</a>
	<b>AXA SEGUROS "PAGO HONORARIOS A MEDICOS NO RED"</b>	EQUIPO DE ACLARACION ES DE GMM			<a href="mailto:aclaracionesgmmtlp@axa.com.mx">aclaracionesgmmtlp@axa.com.mx</a>
	<b>AXA REPORTE DE ACCIDENTE ESCOLAR</b>		01800911999 9	CABINA	
	<b>AXA SEGUROS MEXICO, REPORTE DE GMM</b>		01-229-923- 64-00 cel. 229 2505103	DRA. LUCIA SANCHEZ MARTINEZ COORDINAC ION MEDICA GMM	<a href="mailto:LuciaMargarita.Sanchez@axa.com.mx">LuciaMargarita.Sanchez@axa.com.mx</a> , <a href="mailto:xmlmetro-sur@axa.com.mx">xmlmetro-sur@axa.com.mx</a>



	<b>Seguros Atlas</b>		01 800 849 3916		
	<b>Seguros Atlas</b>		0155 9177 5000 ext. 4925	María Eugenia Brito	<a href="mailto:mbrito@segurosatlas.com.mx">mbrito@segurosatlas.com.mx</a>
	<b>Seguros Atlas</b>		0155 9177 4917	Erika Aguirre	
	<b>Seguros Atlas</b> <b>Seguros Atlas</b>		(01-222)240- 06-11 ext. 2245  <b>Cel.</b> <b>2223566487</b> <b>CEL.</b> <b>ACTUALIZAD</b> <b>O 222 23 808</b> <b>00</b>	DRA. MA. DEL PILAR ROJAS TORRES	<a href="mailto:mapily1956@yahoo.com.mx">mapily1956@yahoo.com.mx</a>
	<b>Seguros Atlas</b>			Dictamen Médico Puebla Dra. Ma. Del Pilar Rojas	<a href="mailto:dictamenmedico.pue@segurosatlas.com.mx">dictamenmedico.pue@segurosatlas.com.mx</a>
	<b>Seguros Atlas</b>			BENEFICIOS PUEBLA	<a href="mailto:beneficios2.pue@segurosatlas.com.mx">beneficios2.pue@segurosatlas.com.mx</a>
	<b>Seguros Banorte</b>		'01 800 201 6764	Chat para reporte de siniestros, ingreso hospital.	







	<b>Seguros Banorte</b>		01-222-169-76-45 AL 48	DULCE RIVERA MORENO	
	<b>Seguros Banorte</b>		Directo (01-55) 50 78 1476	Dr. David De Jesús Meza	<a href="mailto:david.meza@banorte.com">david.meza@banorte.com</a>
	<b>Seguros Banorte</b>		01 222 223 17142, Nextel 01 222 6162 580	Dra. María De Los Ángeles Ustaran Robinson	<a href="mailto:maria.ustaran@mediaccess.com.mx">maria.ustaran@mediaccess.com.mx</a>
	<b>Seguros Banorte</b>		Tel. Dir. 2453-2480	Angélica Hernández García	<a href="mailto:angelica.hernandez.garcia@banorte.com">angelica.hernandez.garcia@banorte.com</a>
	<b>Seguros Banorte</b>		01 800 03 22 33	Gaspar Zamora	<a href="mailto:gzamora@crawfordaffinity.com">gzamora@crawfordaffinity.com</a>
		GASTOS MEDICOS	22-22-29-65-30 cel. 22 22 128772	CINTIA SOTOMAYOR	<a href="mailto:cynthia.garciasotomayor@gnp.com.mx">cynthia.garciasotomayor@gnp.com.mx</a>
	<b>Grupo Nacional Provincial</b>	AUTOS	222 230 4765 - 222 231 5033		
			22-22-29-65-34	Armando Aguilar Arias coordinación (solicitar suma asegurada)	<a href="mailto:armando.aguilar@gnp.com.mx">armando.aguilar@gnp.com.mx</a>


		PORTALES	EXT 81235,	Jesús Daniel García Olvera	<a href="mailto:jesus.garciaolvera@gnp.com.mx">jesus.garciaolvera@gnp.com.mx</a>
			045 222 323 7683	Elise Ortiz Ortiz	<a href="mailto:eliseo.ortiz@gnp.com.mx">eliseo.ortiz@gnp.com.mx</a>
	<b>Sisnova</b>				<a href="mailto:sisnova.callcenter@gmail.com">sisnova.callcenter@gmail.com</a>
	<b>Sisnova</b>				<a href="mailto:cuentas.sisnovav@gmail.com">cuentas.sisnovav@gmail.com</a>
	<b>Sisnova</b>		81 86477 7747 call Center	Hospitales Sisnova	<a href="mailto:hospitalesisnova@sisnova.com.mx">hospitalesisnova@sisnova.com.mx</a> // <a href="mailto:reportehospitalarioCentroSur@sisnova.com.mx">reportehospitalarioCentroSur@sisnova.com.mx</a>
	<b>Sisnova</b>			Yovana Montserrat Cereserr Salas	<a href="mailto:ymcereserr@sisnova.com.mx">ymcereserr@sisnova.com.mx</a>
			01 800 000 0277		
			(55)5249 8300 EXT1217	Lic. Lourdes Neria	

	Servicios Especializados para el desarrollo medico SA de CV		(55)5249 8300 EXT1229	Lid. Janet Ramírez	
			(55)5249 8300 EXT1218	LIC. MOISES SELAM ISLAS SANCHEZ	
				Lic. Samuel David García Amaya	modulovirtual@sinergia medica.com
			(55) 52-49-83-00	SECCIÓN MÉDICA <i>sinergia medica</i>	seccionmedica1@sinergia medica.com
			800-000-0277	SOLO LLAMADAS	noreplyc3@sinergiamedica.com.mx
					<a href="mailto:sinergia@sinergiamedica.com">sinergia@sinergiamedica.com</a>
			01-222-231-6916	DRA. PALACIOS	<a href="mailto:aclaraciones@vitamedica.com.mx">aclaraciones@vitamedica.com.mx</a>

	<b>VITAMEDICA</b>		222 226 5403	MARYCARME N	<a href="mailto:maricarmen.herrera@vitamedica.com.mx">maricarmen.herrera@vitamedica.com.mx</a>
			222 231 71 49	Yoselin Maldonado Jaramillo	<a href="mailto:yocelin.maldonado@vitamedica.com.mx">yocelin.maldonado@vitamedica.com.mx</a>
			222 226 5885	Ing. Rubén Vela	
			228 8420383	Dra. Elvia	
			229 98 98 059	Laura Juárez morán	<a href="mailto:ljuarezm@vitamedica.com.mx">ljuarezm@vitamedica.com.mx</a>
			'01 800 633 2269		
			55) 54486700 Ext. 6881	ACLARACIONES (BZG03222)	<a href="mailto:aclaraciones@vitamedica.com.mx">aclaraciones@vitamedica.com.mx</a>
			53250505 ext. 0747	Dra. Bárbara Macías	<a href="mailto:modulogmm_interior@inbursa.com">modulogmm_interior@inbursa.com</a>


	<b>SEGUROS INBURSA</b>		01 800 9062100		
			53250505 ext. 50356	Eliseo Sosa García	<a href="mailto:esosag@inbursa.com">esosag@inbursa.com</a>
			249-4156/57 /249- 4364/248- 4050	TOMAS SANCHE REYES GARCIA	<a href="mailto:everam@inbursa.com">everam@inbursa.com</a>
			22-22-29-42- 66	LIC. VERONICA ANDRADE	
		Recepción de facturas	01 222 229 4280	Ana Lilia Zorrilla	<a href="mailto:azorill@mapfre.com.mx">azorill@mapfre.com.mx</a>
	<b>SEGUROS MAPFRE TEPEYAC</b>	SINIESTROS AUTOS	01 800 8373922		
		Contratos proveedor médico en red	01 800 011 0300		
		Coordinación de Redes Médicas	Tel. 5230- 7000 Ext. 7106	Lic. Rubén Darío Cruz Reyes	E-mail: <a href="mailto:rudacruz@mapfre.com.mx">rudacruz@mapfre.com.mx</a>

			Tel. 5230-7000 Ext. 7338	Joseph Castellanos Castellanos	E-mail: <a href="mailto:jcastell@mapfre.com.mx">jcastell@mapfre.com.mx</a>
		Contratos proveedor médico en red	Tel. 5230-7000 Ext. 7338	Adriana Barrón Gervasio	<a href="mailto:abarrong@mapfre.com.mx">abarrong@mapfre.com.mx</a>
		GMM	01 800 09 70 70		
	<b>SCOTIABAN K INVERLAT</b>		012299231336	Dra. Sylvia Martínez Fernández   Coordinación Médica Sur	<a href="mailto:smfernandez@scotiabank.com.mx">smfernandez@scotiabank.com.mx</a>
	<b>Ejecutivo de Cuenta de la Compañía ROYAL &amp; SUNALLIAN CE SEGUROS MEXICO SA DE CV</b>		Tel. 01 222 225 29 94 ext. 8012 Cel. 045 222 1249 640	María Aurora Tort	<a href="mailto:aurora.tort@mx.rsagroup.com">aurora.tort@mx.rsagroup.com</a>
	<b>SEGUROS SURA</b>	Coordinador Médico Regional Sinistros/ Gastos médicos	01 800 7237 900 ext. 8014, (52222) 2252994 al 97 ext. 8014 cel. 2222 1288 65	Dr. Andrés Madrid	<a href="mailto:amdres.madrid@mx.rsagroup.com">amdres.madrid@mx.rsagroup.com</a>

			01 800343400	Ricardo Ramiores	<a href="mailto:ricardorp@masserviciosasistenciales.com.mx">ricardorp@masserviciosasistenciales.com.mx</a>
	<b>ANA SEGUROS</b>		01 800 8353262	Andrea Guadalupe Varela	<a href="mailto:andreavp@anaseguros.com.mx">andreavp@anaseguros.com.mx</a>
			01 228 186 0616, y 228 2018040, tel cel. 624 197 0846 I.D. 52*3757*121	LIC. MISAEL REYNA SALAZAR	<a href="mailto:misael.reyna@hdi.com.mx">misael.reyna@hdi.com.mx</a>
	<b>HDI SEGUROS</b>		teléfono móvil: 044 2221 504550	Dr. Héctor Eduardo Arellano Sandoval	<a href="mailto:saludpuebla@gmail.com">saludpuebla@gmail.com</a>
	<b>QUALITAS COMPAÑIA DE SEGUROS</b>		01 800 681 1625  01 800 800 2021		
	<b>QUALITAS COMPAÑIA DE SEGUROS</b>	clave de proveedor 28821 - <b>POLICLINICA OPTIMA SA DE CV</b>	231 31 23404  TEZIUTLÁN		

			01 222 130 4000, 01 222 130 4011, 01 222 130 4012, 01 222 130 4013, 01 222 130 4014	Dra. Tania Uribe	<a href="mailto:puebla_medico@qualitas.com.mx">puebla_medico@qualitas.com.mx</a>
	<b>Medica Life</b>		01 800 00 638 5433		<a href="mailto:m24horas@metlife.com.mx">m24horas@metlife.com.mx</a>
			<u>52 (55)</u> <u>5328.9000</u> <u>Ext.6482</u>	Juana Escalante Pérez	<a href="mailto:juana.escalante@metlife.com.mx">juana.escalante@metlife.com.mx</a>
	<b>THONA SEGUROS</b>		Cel. 045 222 455 5851, nextel 01 222 199 5358 I.D. 52*251302*5	Dr. Javier Rafael Osorio Torre Lama	<a href="mailto:javerosorioupaep@hotmail.com">javerosorioupaep@hotmail.com</a>
			nextel 01 222 614 0342 I.D. 52*251302*10, 01 222 2428166	Guadalupe Mancilla Sánchez y/o Alejandra	<a href="mailto:lupitamancillagnp@hotmail.com">lupitamancillagnp@hotmail.com</a>
		REPORTE DE ACCIDENTES	01 8000018700		



	<b>Umbrella Compañía de Seguros S.A de C.V.</b>		Tel: 20038888 y 20038800	Tania Pérez	<a href="mailto:redmedica@umbrella-seguros.com">redmedica@umbrella-seguros.com</a>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

# **CAPÍTULO V**

## **CONCLUSIONES**

## **5.1 Conclusiones del Proyecto, Recomendaciones y Experiencia Profesional y Personal Adquirida.**

### **5.1.1 Conclusiones del Proyecto**

Como conclusión del presente Proyecto, que se desarrolla dentro de Policlínica Hospital de Especialidades Médicas, en la sucursal de Teziutlán Puebla, el cual fue identificado a través de una encuesta que se realizó a todo el personal que trabaja en el área de cajas y el área de aseguradoras, las cuales son las involucradas en los procedimientos que se deban llevar a cabo en la recepción de los pacientes con perfil Aseguradora, ha sido muy satisfactorio, debido a que se escucharon los problemas desde adentro de la empresa, y se vieron en realidad cuales son las incidencias que se presentan con los pacientes que llegan a solicitar los servicios al Hospital.

Logrando con esto que la Hipótesis que fue planteada, misma que menciona que, a mayor desconocimiento en el llenado correspondiente de cada aseguradora en el área de cajas, mayor es el problema en el ingreso de los pacientes, esta tenga su comprobación.

Siendo esta Hipótesis aceptada, debido a que en ella se muestra el problema principal con las áreas involucradas del hospital en la recepción de los pacientes con Seguro de Gastos Médicos, también es aceptada, porque con la creación e implementación de un Manual de Procesos a Pacientes con Seguro de Gastos Médicos, se mejora el tiempo en cada proceso, la comunicación entre las áreas y personal del Hospital con las diferentes Aseguradoras, y se le proporciona un mejor servicio a los clientes, logrando con esto la fidelización de las Aseguradoras al tener clientes satisfechos con las atenciones recibidas.

### **5.1.2 Experiencia Profesional y Personal Adquirida**

Las experiencias Adquiridas dentro de las Oficinas del Hospital son muchas, pues dentro del tiempo que comprende la Tesis, pude observar cómo se trabaja en las diferentes áreas del hospital, así como aprender un poco de cada una de ellas.

Trabajando en conjunto con el personal que en todo momento se portó de forma amable para proporcionar la información solicitada y para enseñarme y capacitarme para realizar diversas funciones o procesos que se van necesitando para el buen funcionamiento del Hospital, en sus áreas administrativas, contables y de contraloría, entre otras.

Policlínica Hospital de Especialidades Médicas, es uno de los mejores Hospitales que se encuentran en Teziutlán, y que da servicio no solo a la región, si no a las comunidades cercanas, debido a que cuenta con grandes especialistas y con diversas áreas enfocadas en el cuidado de la Salud.

Existe una gran experiencia que permite la aplicación en el futuro, logrando un desarrollo en la vida profesional y personal, dentro de las funciones que fueron aprendidas dentro de la empresa se pueden mencionar las siguientes:

- Conocimiento de las Actividades que Realiza el Área de Aseguradoras dentro del Hospital, desde recabar la información principal para el acceso, el seguimiento que se le da a cada paciente, el surtir las recetas médicas, hasta el día del alta del Hospital.
- Se aprende a tratar con amabilidad y respeto a los clientes.
- Se mejora la habilidad de trabajar en equipo y con nuevo personal.
- Se mejora la calidad de saber escuchar a los clientes, y al personal que trabaja dentro del Hospital.
- Se aprende a afrontar problemas reales que ocurren en el mundo laboral.
- Se trabaja con valores que me forman como persona, de los cuales puedo mencionar el respeto, la sinceridad, la paciencia, la solidaridad, la empatía, la humildad, la paciencia, entre otros.

Cada experiencia profesional y personal que fue adquirida en la realización de la presente tesis, para obtener el Título de Licenciada en Ingeniería en Gestión Empresarial, deja en mi un aprendizaje grande, y me permite ponerlo en práctica en mi futura vida laboral, así

como tener mejoras en mi persona dentro del área en la que me desempeñe como profesional.

## **5.2 Conclusiones Relativas a los Objetivos Específicos**

### **5.2.1 Analizar los diferentes tipos de procesos para su implementación dentro del Hospital, en el proceso de Inducción.**

Para cumplir con el primer objetivo específico, se observó cómo es la capacitación del nuevo personal dentro del Hospital, así de cómo se imparte la inducción de cambios o mejoras en el sistema que se llevan a cabo.

Y se mejoraron las Técnicas, debido a que la capacitación siempre es por parte del mismo personal, y se propuso la implementación de Manuales con la finalidad de disipar dudas cuando no se pueda tener capacitación y/o orientación por parte del personal a cargo del área.

### **5.2.2 Conocer las Actividades que realiza el Área de Aseguradoras**

Para cumplir el segundo Objetivo específico, se proporcionó tiempo de las oficinas del área de seguros, donde se observan las actividades que realizan, desde que llega un paciente, hasta que se le da salida del Hospital.

Se observó cómo trabajan los estados de cuenta, los temas de facturación, y el seguimiento de las cuentas por cobrar de las diferentes aseguradoras.

Así como también se aprenden conceptos y cláusulas que estipula cada contrato.

### **5.2.3 Asegurar que la Recepción del Paciente sea adecuada, y se realice el reporte con su Aseguradora**

Para cumplir con el Objetivo específico tres, se proporcionó un tiempo de calidad en el área de cajas, en donde es el primer filtro de recepción de un paciente, debido a que son ellos quienes ingresan los datos al sistema del Hospital, y son ellos quienes dan aviso a el área de aseguradoras sobre dicho paciente.

De igual forma son ellos quienes realizan el llenado de pelería solicitada por las Aseguradoras, cuando los personales de Aseguradoras del Hospital no se encuentran trabajando, debido a que el área de Cajas cuenta con tres turnos diferentes, los cuales son: Diurno, Nocturno y Mixto.

## **5.3 Conclusiones Relativas al Objetivo General**

### **5.3.1 Elaborar un Manual de Procesos, que describa la secuencia de Actividades a realizar por el Departamento de Aseguradoras, dentro de Policlínica Hospital de Especialidades Médicas.**

Como conclusión del Objetivo General, se realiza el manual de Procesos a Pacientes con Seguro de Gastos Médicos, a través del cual se mencionan las actividades que se realizan por el personal del Área de Aseguradoras del Hospital, así como se especifica el llenado de los formatos de las Aseguradoras que trabajan mediante un convenio con Policlínica Hospital de Especialidades Médicas.

Logrando así de esta manera, evitar las incidencias en el llenado de la papelería solicitada, y mejorando los tiempos de atención al paciente, y los tiempos de espera con las Aseguradoras.

Agilizando de esta forma los estados de cuenta, las facturas, y el seguimiento en los portales para el pronto pago por los servicios otorgados.

## **5.4 Aportaciones Originales**

Para comenzar el Proyecto se habló de la Importancia que tenía el contar con Un Manual dentro de un Hospital que brinda Servicios a Pacientes con Seguro, por lo cual realicé una Investigación y concluí en que el mejor era un Manual de Procesos.

Así mismo comencé por definir las Funciones que tiene cada uno de los Colaboradores del Área de Aseguradoras, para facilitar el desarrollo del mismo.

## **5.5 Limitaciones del Modelo Planteado**

Dentro de las Limitaciones que se presentan en el presente proyecto, se deben a que los formatos de las Aseguradoras se actualizan y cambian los convenios, para lo cual se deben tener actualizados. Así como también hay que estar informados sobre las altas y las bajas que se realicen de los servicios con las diferentes Aseguradoras.

También se deben tener un catálogo actualizado de las líneas telefónicas de contacto de las Aseguradoras, para tener una mejor comunicación y solicitar la información necesaria, así como también dar seguimiento de los tramites que se llevan dentro del Hospital.

## **5.6 Recomendaciones**

- Considerado de gran importancia el actualizar el catálogo de contactos que se tiene de las Aseguradoras.
- Actualizar los formatos con los que trabaja el Hospital y que son proporcionados por las Aseguradoras.
- Dar capacitación oportuna a los empleados de nuevo ingreso, o realizar mejoras en la capacitación de nuevos procesos.
- Mejorar la comunicación entre los empleados del Hospital, y entre las áreas implicadas en los procesos a pacientes con algún tipo de Seguro.
- Dar seguimiento oportuno a los procesos, las facturas, los estados de cuenta, para poder tener los pagos en tiempo y forma.

# **CAPÍTULO VI**

## **COMPETENCIAS DESARROLLADAS**



## 6.1 Competencias Desarrolladas o Aplicadas

Una competencia es un conjunto de conocimientos que, al ser utilizados mediante habilidades de pensamiento en distintas situaciones, generan diferentes destrezas en la resolución de los problemas de la vida y su transformación, bajo un código de valores previamente aceptados que muestra una actitud concreta frente al desempeño realizado, es una capacidad de hacer algo. (Rubio, 2009)

La Ingeniería en Gestión Empresarial es una combinación entre la Licenciatura de Administración de Empresas e Ingeniería Industrial, la cual se enfoca en que la persona egresada de cualquier universidad que ofrezca esta carrera se convierta en una profesional con Habilidades comerciales y de Ingeniería donde podrá comprender, brindar ideas y solucionar problemas en cualquier organización (UINTER, s.f.).

Asimismo, las personas que estudian Ingeniería en Gestión Empresarial se encuentran capacitados para fomentar y promover el cambio en las Organizaciones aplicando las habilidades y herramientas adquiridas.

### ESPECIFICAS.

- ✓ APLICACIÓN DE MÉTODOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS; para mejorar en sistema de promoción, en este caso se utilizaron los métodos
- ✓ UTILIZAR LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN; en la organización, para optimizar los procesos de comunicación y eficiencia en la toma de decisiones; ya que un líder debe estar actualizado en las últimas tendencias para que la empresa tenga una innovación más allá de lo convencional, es por ello que los líderes deben tener un manejo de las TICS para conocer que puede mejorar, ya sea empresarial y personalmente con sus trabajadores.
- ✓ DESARROLLO DE HABILIDADES DIRECTIVAS; son las capacidades, habilidades, conocimientos para ejercer el liderazgo en las empresas, que es el tema a desarrollar, ya que dentro de las habilidades de un líder o de un directivo es aplicar de forma correcta la toma de decisiones.

- ✓ ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA EMPRESA; para su uso correcto en medida en tanto sea necesario, la correcta aplicación en cuanto se debe utilizar las instalaciones del HOSPITAL, y las oficinas del área de SEGUROS, y el aprovechamiento de los mismos.

#### GENÉRICAS.

- ✓ CONFIANZA; para lograr entregar un proyecto que sea de utilidad para la empresa que te abrió las puertas para poder obtener información y aprender de los procedimientos que se realizan, así como control de las emociones en momentos tensos y difíciles para una respuesta positiva en situaciones de conflicto o problemas laborales.
- ✓ PUNTUALIDAD; se deben de respetar los horarios de entrada a la empresa, para cumplir con las horas establecidas dentro del programa de Residencia Profesional.
- ✓ SEGURIDAD; en la toma de decisiones, tener la firmeza para defender tu opinión y poder realizar de una manera proactivas algunas actividades de tu responsabilidad de la manera más productiva posible.
- ✓ TRABAJO EN EQUIPO; para cumplir con los objetivos establecidos, y realizar las actividades solicitadas. Así como la relación con mayor número de personal dentro de la empresa y en diferentes áreas de la misma.

# **CAPÍTULO VII**

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

## 7.1 Referencias

### Referencias

(s.f.). Obtenido de <https://www.eumed.net/libros-gratis/2010b/689/index.htm>

(s.f.). Obtenido de <https://policlinica.com.mx/xalapa/>

(s.f.). Obtenido de <https://somatemp.me/2019/11/17/hispanidad-hospitales-en-la-america-espanola-1/>

AGENTE DE SEGUROS INBURSA. (s.f.). Obtenido de <http://seguros-inbursa.com.mx/seguro-de-gastos-medicos-inbursa/>

ALLIANZ. (s.f.). Obtenido de <https://www.allianz.es/descubre-allianz/mediadores/diccionario-de-seguros/c/que-es-contrato-en-seguros.html>

ÁLVAREZ, C. E. (2001). *METODOLOGÍA Diseño y Desarrollo del proceso de Investigación*. ISBN.

*Biblioteca Del Congreso Nacional De Chile*. (s.f.). Obtenido de <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/seguro-escolar#:~:text=El%20seguro%20escolar%20es%20un%20beneficio%20que%20protege,o%20durante%20la%20realizaci%C3%B3n%20de%20su%20pr%C3%A1ctica%20profesional.>

Briones, G. (1987). *Metodos Y Tecnicas De Investigacion Para Las Ciencias Sociales*. Trillas.

Delgado, H. M. (1996). *Gestión Integral De Riesgo y Seguros*. Bogota Colombia: ECOEC EDICIONES.

Duhalt Krauss, M. (1977). *Los Manuales de Procedimientos en las Oficinas Públicas*. Programa Editorial de la Coordinación de Humanidades .

*EcuRed*. (s.f.). Obtenido de <https://www.ecured.cu/Paciente>

ESPAÑOLA, L. A. (s.f.). *HISPANIDAD* . Obtenido de <https://somatemp.me/2019/11/17/hispanidad-hospitales-en-la-america-espanola-1/>

<http://inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21174a.html>. (s.f.).

<https://paratodomexico.com/estados-de-mexico/estado-puebla/index.html>. (s.f.).

<https://paratodomexico.com/estados-de-mexico/estado-puebla/index.html>. (s.f.).

MAPFRE . (s.f.). Obtenido de <https://www.mapfre.com.mx/particulares/seguros-auto/noticias/causas-mas-comunes-accidentes-viales/>

MOYA, J. L. (2001). *Gestión de Procesos y atención al usuario en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud*. La Paz Bolivia : Edición Electronica Gratuita .

Muriel. (2015). Obtenido de [https://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/hospitales/hne\\_t1.html](https://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/hospitales/hne_t1.html)

ORLANDO, O. I. (2008). *Manual de Procesos y Procedimientos*. Cartajena de Indias : ISBN.

*Policlínica* . (s.f.). Obtenido de <https://policlinica.com.mx/xalapa/>

PROPIA, E. (s.f.).

PROPIA, E. (s.f.).

Propia, E. (2022).

Ramos Huancani, W. (2018). *Repositorio Institucional*. Obtenido de <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24281>

Rubio, L. F. (2009). *Planeación por Competencias*. México : Inteligencia Educativa.

*Técnicas e Instrumentos de recolección de datos según autores*. (s.f.). Obtenido de <https://todosobretesis.com/tecnicas-e-instrumentos-de-recoleccion-de-datos/>

TORRES, J. L. (1986). *TEORÍA GENERAL DEL SEGURO*. BARCELONA .

Valencia, J. R. (2002). *Cómo elaborar y usar los manuales administrativos* (Cuarta edición ed.). México.

Valencia, J. R. (2012). *Cómo elaborar y usar los manuales administrativos*. México .

# **CAPÍTULO VIII**

## **ANEXOS**



CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL(LA) AUTOR(A) PARA LA CONSULTA Y  
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe:

**ANA IVETTE**

**CORTES**

**MARTÍNEZ**

Con Número de  
Control **17TE0141\***

Perteneciente  
al Programa **INGENIERÍA EN GESTIÓN EMPRESARIAL**  
Educativo

Por este conducto me permito informar que he dado mi autorización para la consulta y publicación electrónica del trabajo de investigación en los repositorios académicos.

Registrado con  
el producto: **TESIS**

Cuyo Tema es:

**MANUAL DE PROCESOS A PACIENTES CON SEGURO DE GASTOS MEDICOS**

Correspondiente al periodo:

**ENERO-JULIO 2022**

Y cuyo(a) director(a) de tesis es:

**M.C LUISA ANGELICA VIÑAS MEZA**

ATENTAMENTE



CORTES MARTÍNEZ ANA IVETTE

Nombre y firma

Fecha de emisión: **21/09/2022**  
c.c.p. Subdirección Académica



Asunto: Asignación de Asesor(a), Comisión Revisora y Entrega de Trabajo Profesional y Dictamen

Teziutlán, Puebla, 28 de julio de 2022

Asesor(a): VIÑAS MEZA LUISA ANGELICA  
Integrante de Comisión Revisora: ALDAZABA JACOME GABRIELA  
Integrante de Comisión Revisora: BELLO SANCHEZ TEODORO  
Presentes

Por este medio me permito informar que ha sido asignado como asesor(a) y comisión revisora del trabajo profesional que se convertirá en Tesis de:

Alumno (a):	CORTES MARTINEZ ANA IVETTE Apellido paterno/materno/nombre (s)		
Número de Control:	17TE0141*	Licenciatura o Posgrado:	INGENIERIA EN GESTION EMPRESARIAL
Plan:	2010	Correo Electrónico:	17TE0141@teziutlan.tecn.mx
Cuyo tema es:	MANUAL DE PROCESOS A PACIENTES CON SEGURO DE GASTOS MEDICOS		

25 palabras (máximo)

Se ha enviado a su correo institucional el trabajo profesional o de grado, por lo cual la comisión revisora tendrá 5 día hábiles para realizar las observaciones al alumnado, el(la) interesado(a) tendrá igualmente 5 días para corregir y las enviará al correo electrónico institucional de la comisión revisora, agradezco de antemano su valioso apoyo en esta importante actividad para la formación profesional de licenciatura o de grado de nuestro alumnado egresado.

### Dictamen de Comisión Revisora y Aprobación para Grabación

Siendo el día: **20 de Septiembre de 2022** se reunieron los miembros de la comisión para revisar el trabajo asignado y una vez analizado se decidió liberarlo y aprobarlo para su grabación y programación de examen profesional.

VIÑAS MEZA LUISA ANGELICA  
Nombre y Firma del(la) Asesor(a)

ALDAZABA JACOME GABRIELA  
Nombre y Firma del integrante de la Comisión Revisora

BELLO SANCHEZ TEODORO  
Nombre y Firma del integrante de la Comisión Revisora

SANCHEZ PEREZ MYRIAM  
Subdirección Académica

ccp. Expediente

Rosa G

R07/05/2021

Folio:



Teziutlán Puebla a 18 de Enero 2022

MTRA. PAULA DURÁN MÉNDEZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA PROFESIONALES Y  
SERVICIO SOCIAL

Asunto: Carta Aceptación Hospital Policlinica

Por este medio me permito presentar a usted al C. ANA IVETTE CORTEZ MARTINEZ alumno (a) de la carrera de Ingeniería de Gestión Empresarial quien es aceptada en Hospital Policlinica para realizar su Residencia profesional y servicio social, con especialidad en CONSULTORIA DE EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL en el periodo que comprende del 24 de enero al 20 de mayo de 2022 y el cual estará asignada al área de Contraloría dentro del Hospital para realizar el proyecto de mejora de Manual de Operación del área crédito y cobranza, quien en conjunto con la responsable estará supervisada por la C.P Clara Margarita Herrera Sánchez en horario de 17:00hrs a 20:00 hrs de lunes a viernes y sábados de 9:00am a 13:00 hrs sin mas por el momento agradezco su atención quedo pendiente de los comentarios gracias.

ATENTAMENTE

Lic. Edith Méndez Estudillo  
Recursos Humanos

**POLICLINICA**  
HOSPITAL DE ESPECIALIDAD MEDICA

# **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1 Macrolocalización	
FUENTE: ( <a href="https://paratodomexico.com/estados-de-mexico/estado-puebla/index.html">https://paratodomexico.com/estados-de-mexico/estado-puebla/index.html</a> , s.f.) .....	14
Figura 2 Microlocalización	
FUENTE: ( <a href="https://paratodomexico.com/estados-de-mexico/estado-puebla/index.html">https://paratodomexico.com/estados-de-mexico/estado-puebla/index.html</a> , s.f.) .....	16
Figura 3 3 Hospital Policlínica	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	16
Figura 4 Cronograma de actividades	
Figura 4 Cronograma de actividades	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	34
Figura 5 Diagrama de Ishikawa	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	35
Figura 6 Tipos de investigación	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	37
Figura 7 Encuesta para seguros .....	39
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022	
Figura 8 Resultado de la pregunta 1	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	45
Figura 9 Resultado de la pregunta 2	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	46
Figura 10 Resultado de la pregunta 3	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022.....	47
Figura 11 Resultado de la pregunta 4	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	48
Figura 12 Resultado de la pregunta 5	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	49

Figura 13 Resultado de la pregunta 6  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022..... 50

Figura 14 Resultado de la pregunta 7  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022..... 51

Figura 15 Resultado de la pregunta 8  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 ..... 52

Figura 16 Resultado de la pregunta 9  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 ..... 53

Figura 17 Resultado de la pregunta 10  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 ..... 54

Figura 18 EJEMPLO DE FORMATO ..... 64  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022

# **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1 Descripción de procedimiento 1	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	102
Tabla 2 Descripción de procedimiento 2	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	105
Tabla 3 Descripción de procedimiento 3	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	108
Tabla 4 Catálogo de aseguradoras	
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2022 .....	180