

Manual del usuario

Bienvenido a Plan Seguro

Plan Seguro agradece su preferencia al contratar una Póliza de Golden Salud, que cuenta con grandes Beneficios y Coberturas que le brindan respaldo, servicio y protección, para contribuir a su bienestar y el de su familia.

Así mismo está a su disposición el presente Manual, esperando que las indicaciones que en él aparecen sean de ayuda y le permitan aclarar dudas relacionadas con su Seguro.

Para poder atenderle con la mayor rapidez y eficacia en el Pago de consultas, Cirugías programadas, Accidentes y Enfermedades cubiertas por el Plan contratado, le pedimos revise cuidadosamente el procedimiento para el Pago directo o Reembolso de su Atención Médica.

1. CENTRO DE ATENCIÓN PLAN SEGURO.	3
1.1 CENTRO DE ATENCIÓN PERSONALIZADA.	3
1.2 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 24 HRS.	5
2. PAGO DIRECTO.	5
2.1 REPORTE HOSPITALARIO.	5
2.2 CIRUGÍA PROGRAMADA (HOSPITALES Y MÉDICOS DE RED).	6
3. TRAMITAR EL PAGO DE UN EVENTO VÍA REEMBOLSO.	7
3.1 RECLAMACIÓN INICIAL.	7
3.2 PAGOS COMPLEMENTARIOS.	7
3.3 REEMBOLSO EXPRÉS (EN TAN SÓLO 72 HRS.).	8
3.4 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.	8
3.4.1 ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITAL PRIVADO.	8
3.4.2 ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITAL PÚBLICO (LEGALMENTE AUTORIZADO).	8
3.5 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO.	9
3.5.1 ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITAL PRIVADO	9
3.5.2 ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITAL PÚBLICO (LEGALMENTE AUTORIZADO).	9
3.6 OPCIONES DE PAGO PARA RECLAMACIONES POR REEMBOLSO, INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE E INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO.	10

4. PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS.	10
4.1 CONSULTAS CON ESPECIALISTAS CON COASEGURO DEL 50%.	10
4.2 CONSULTAS CON COSTO PREFERENCIAL.	10
4.3 CONSULTAS CON MÉDICO FUERA DE RED	11
5. ÓRDENES DE ATENCIÓN O NÚMERO DE REFERENCIA.	11
5.1 ¿QUÉ ES UNA ORDEN DE ATENCIÓN?	11
5.2 ¿CÓMO OBTENER EL NÚMERO DE REFERENCIA PARA CONSULTA MÉDICA?	11
5.3 GARANTÍA DE ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA.	12
6. COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTOS Y/O EQUIPO ESPECIAL.	12
7. COBERTURA DENTAL.	13
8. FORMATOS.	14
8.1 FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.	14
8.2 FORMATO DE INFORME MÉDICO.	14
8.3 FORMATO DE RELACIÓN DE COMPROBANTES PARA REEMBOLSOS.	14
8.4 FORMATO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTO Y/O EQUIPO ESPECIAL.	14
9. DERECHOS DEL PACIENTE.	15

1. CENTRO DE ATENCIÓN PLAN SEGURO

1.1 CENTRO DE ATENCIÓN PERSONALIZADA

Módulos de Atención

Podrá realizar sus trámites de forma directa en los siguientes Módulos de Atención:

Módulo: Hospital Médica Sur

Domicilio: Puente de Piedra No. 150, Torre II 1er. piso, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050, México, D.F.

Teléfono: 5424 7235, **Conmutador:** 5424 7200 Ext. 4214

Fax: 5528 4679

Horario: Lunes a viernes de 8:00 a 19:00 hrs.

Sábado de 8:00 a 13:00 hrs.

Correo: mod_medicasur1@planseguro.com.mx,
mod_medicasur2@planseguro.com.mx,
mod_medicasur3@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Ángeles del Pedregal

Domicilio: Camino a Santa Teresa No. 1055, Torre B, Col. Héroes de Padierna, C.P. 10700, México, D.F.

Teléfono/ Fax: 5568 9814

Conmutador: 5449 5500 Ext. 5046

Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

Sábado de 9:00 a 13:00 hrs.

Correo: mod_pedregal@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Ángeles Metropolitano

Domicilio: Tlacotalpan No. 59, Torre Diamante P.B., Col. Roma Sur, C.P. 06760, México, D.F.

Teléfono: 5584 1556, **Fax:** 5574 6986,

Conmutador: 5265 1800 Ext. 4003

Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

Correo: mod_metropolitano@planseguro.com.mx

Módulo: Centro Medico Dalinde

Domicilio: Tuxpan No. 28, consultorio 201, Col. Roma Sur, C.P. 06760, México, D.F.

Teléfono: 5574 8679, **Fax:** 5584 3511,

Conmutador: 5265 2800 Ext. 1521

Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

Sábado de 9:00 a 13:00 hrs.

Correo: mod_dalinde@planseguro.com.mx

Módulo: Clínica Londres

Domicilio: Durango No. 64, 1er. piso, interior 103, Col. Roma Norte, C.P. 06700, México, D.F.

Teléfono: 5207 1822, **Fax:** 5511 9585

Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

Sábado de 9:00 a 13:00 hrs.

Correo: mod_londres@planseguro.com.mx

Módulo: Condesa

Domicilio: Sonora No. 85, P.B., Col. Roma Norte C.P. 06700, México, D.F.

Teléfono: 1162 0470 Ext. 5111 y 5112

Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

Sábado de 9:00 a 13:00 hrs.

Correo: mod_durango@planseguro.com.mx
mod_durango2@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital San Ángel Inn Universidad

Domicilio: Mayorazgo No. 130, 1er piso, ala oriente, Col. Xoco, C.P. 03339,

Teléfono: 5623 6363 Ext. 1113

Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

Correo: mod_sanangelinn@planseguro.com.mx

Módulo: Oficina Polanco

Domicilio: Av. Ejército Nacional no 579, local 3, Col. Granada, C.P. 11520, México, D.F.

Teléfono: 1085 4661, 1085 4663, 1085 4664 Ext. 4105

Fax: 5395 1841

Horario: Lunes a jueves de 8:30 a 18:00 hrs.

Viernes de 8:30 a 15:30 hrs. Sábado de 9:00 a 13:00 hrs.

Correo: mod_polanco@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Ángeles Lindavista

Domicilio: Río Bamba No. 639, Módulo 1, Col. Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, México, D.F.

Teléfono: 5586 8659,

Conmutador: 5754 7000 Ext. 2041, **Fax:** 5119 0545

Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

Correo: mod_lindavista@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Ángeles Lomas

Domicilio: Vialidad de la Barranca No. 22, área sótano,
Col. Hacienda de las Palmas, C.P. 52763,
Huixquilucan de Degollado, Edo. de México.
Teléfono: 5247 2485, **Conmutador:** 5246 5000 Ext. 3045
Fax: 5247 4190
Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.
Correo: mod_lomas@planseguro.com.mx

Módulo: Star Médica Lomas Verdes

Domicilio: Av. Lomas Verdes No. 2165, 8° piso,
Col. Santiago Occipaco, C.P. 53250, Naucalpan de Juárez,
Estado de México.
Teléfono: 5344 2183 **Conmutador:** 2625 1700 Ext. 1072
Fax: 5343 4485
Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.
Correo: mod_lomasverdes@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Puerta de Hierro Zapopan

Domicilio: Av. Empresario No. 150 nivel S1, Módulo 9,
Col. Puerta de Hierro, C.P. 45116, Zapopan Jalisco.
Teléfono: 0133 13682055, **Fax:** 0133 36111831
Horario: Lunes a jueves de 8:30 a 18:00 hrs.
Viernes de 8:30 a 15:30 hrs.
Correo: mod_puertadehierro@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Real San José

Domicilio: Av. Lázaro Cárdenas No. 4149, esq. Av. Niño
Obrero, Col. Jardines de San Ignacio, C.P. 45040,
Zapopan, Jalisco.
Teléfono: 0133 36477980,
Conmutador: 0133 1078 8900 Ext. 3404,
Fax: 0133 3647 8515
Horario: Lunes a jueves de 8:30 a 18:00 hrs.
Viernes de 8:30 a 15:30 hrs.
Correo: mod_realsanjose@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Mugerza

Domicilio: Calle Hidalgo No. 2525, Poniente, Int. 401- 1,
Col. Obispado, C.P. 64060, Monterrey, Nuevo León.
Teléfono: 0181 8123 9561, **Conmutador:** 0181 8399 3400
Ext. 3786, **Fax:** 0181 8123 9650
Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.
Correo: mod_mugerza@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital y Clínica OCA

Domicilio: Av. Pino Suárez No. 645 Nte.,
Col. Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León.
Teléfono: 0181 8372 6060, **Conmutador:** 0181 8262 0000
Ext. 1702, **Fax:** 0181 8318 0355
Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.
Correo: mod_oca@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Doctors

Domicilio: Calle Ecuador 2331, Col. Vista Hermosa,
C.P. 064620, Monterrey, Nuevo León.
Teléfono: 0181 8123 2004, 8347 9641,
Conmutador: 0181 5515 5000 Ext. 2328
Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.
Correo: mod_doctors@planseguro.com.mx

Consultorios Médicos Plan Seguro

En los Consultorios de Plan Seguro, puede recibir orientación relacionada con consultas de especialistas, estudios de laboratorio e imagen y otros Beneficios que le ofrece su Póliza.

Hospital Médica Sur

Domicilio: Puente de Piedra No. 150, Torre 2, 1er. piso,
Col. Toriello Guerra, C.P. 14050
Teléfono: 5528 5057
Correo: cons_medicasur@planseguro.com.mx

Oficina Polanco

Domicilio: Av. Ejército Nacional No. 579, local 3,
Esq. Lago Victoria. Col. Granada.
Teléfono: 1085 4661 Ext. 4666
Correo: mod_polanco@planseguro.com.mx

Hospital Ángeles del Pedregal

Domicilio: Camino a Sta. Teresa No. 1055 Torre de especialidades 4to piso Cons. 484 Col. Héroes de Padierna C.P. 10700.

Teléfono: 5568 9814

Correo: mod_pedregal@planseguro.com.mx

Hospital San Ángel Inn Chapultepec

Domicilio: Av. Chapultepec No. 489, Col. Juárez. Entre Burdeos y Toledo.

Teléfonos: 55539400 y 55539450

Correo: cons_sanangelinn@planseguro.com.mx

cons_sanangelinn02@planseguro.com.mx

1.2 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA PLAN SEGURO

Plan Seguro, pone a su disposición el Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro



Servicio Seguro
01800 277 1234

Centro de Atención Telefónica
Plan Seguro

2. PAGO DIRECTO

2.1 REPORTE HOSPITALARIO

Se podrá cubrir hospitalización o atención hospitalaria ambulatoria en caso de Accidentes o Emergencias.



Comunicarse al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro e informar su ingreso al hospital, de ser posible previa al ingreso a fin de ser orientado sobre la Red de Médicos y Hospitales de su Base contratada.

Una vez recibida la notificación de ingreso por parte del Hospital, durante las siguientes 24 hrs. posteriores a su ingreso recibirá visita del Médico de Plan Seguro, a fin de recabar información médica y de ser necesario aclare dudas acerca de su siniestro.

El hospital le solicitará un "Depósito o Voucher" abierto a fin de cubrir gastos no cubiertos por Plan Seguro.

El Médico Visitador o el hospital enviarán la información para realizar el dictamen correspondiente.

Una vez realizado el dictamen y en caso de ser procedente su reclamación, se enviara carta de autorización a admisión hospitalaria.

Si su reclamación fue declinada se enviará carta al hospital indicando el motivo.

El Médico visitador, dará seguimiento a su siniestro hasta su egreso.

IMPORTANTE:

Si requiere de hospitalización por Enfermedad, Emergencia o Accidentes procedentes se podrá realizar el pago directo de su atención y aplicará de acuerdo a condiciones de la Póliza, teniendo un tiempo de respuesta no mayor a 24 hrs.



Aviso de accidente: El que se otorgue un Número de Accidente no es indicativo del pago de la reclamación ya que previamente deberá verificarse el estatus de la Póliza.



ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA. En caso de Accidente ocurrido en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general en el que, el Asegurado haya sufrido una lesión, que por sus características amerite levantar una acta ante el Ministerio Público, esta deberá ser presentada en forma inmediata a Plan Seguro, siempre y cuando, así se haya requerido con el fin de determinar la posible responsabilidad de terceros, esto dentro de un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el Accidente que pueda ser motivo de indemnización.

2.2 CIRUGÍA PROGRAMADA (Hospitales y Médicos de Red)

¿Qué debo hacer para programar mi cirugía?



Solicitar al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro, la información necesaria referente a los hospitales de la Base contratada y Médicos que se encuentran vigentes en convenio con Plan Seguro.



Servicio Seguro
01800 277 1234
Centro de Atención Telefónica
Plan Seguro.

Solicitar a su Médico requisiere el Informe Médico, donde tendrá que llenar todos los espacios independientemente tengan, o no, relación con el padecimiento actual (incluyendo fechas).



Presentar el formato de Aviso de Accidente o Enfermedad, llenado en su totalidad y firmado por Usted.



Anexar los estudios que le solicitaron para realizar diagnóstico y entregar toda la documentación en Oficina Matriz de Plan Seguro o Módulos de Atención Hospitalaria (indicados en el punto 1.1 de este manual).

El tiempo de respuesta para este trámite es de 5 días naturales.

El trámite se turnará al Área de Siniestros de Plan Seguro.

Si su reclamación es procedente se realizará una Carta de Autorización.

De no ser aceptado su trámite, le será notificado por escrito el motivo.

Se recomienda recoger la Carta en donde realizó su trámite.

El día que asista al hospital, deberá entregarla en el Área de Admisión a su ingreso, junto con Identificación Oficial y Credencial de Plan Seguro.

El hospital le solicitará un Depósito o Voucher abierto.

El hospital y Plan Seguro estarán en contacto con usted para darle continuidad a su estancia hospitalaria hasta su egreso.

La carta autorización tiene vigencia de 15 días, a partir de la fecha de emisión, en caso de no ser utilizada tendrá que solicitar una ampliación de vigencia.

3. TRAMITAR EL PAGO DE UN EVENTO VÍA REEMBOLSO

Los gastos originados por consultas, estudios de laboratorio y gabinete o gastos realizados por Urgencia, enfermedad o accidente, así como de tratamientos médicos y/o quirúrgicos amparados por Plan Seguro que no se realicen con hospitales y médicos de la red deberán ser tramitados vía Reembolso.

¿Qué documentos necesita presentar para que sea Reembolsada una reclamación?

En caso de que su reclamación sea por varios padecimientos, deberá realizar un trámite por cada uno de ellos.

Para que usted pueda realizar la reclamación de Gastos Médicos, deberá presentar en Mesa de Control del Área Médica ubicada en Oficina Matriz o bien en los Módulos de Atención Hospitalaria los siguientes documentos.

3.1 RECLAMACIÓN INICIAL.

1. Relación de gastos.*
2. Aviso de Accidente o Enfermedad.*
3. Informes Médicos.*
4. Recibos de honorarios o facturas.**
5. Resultados de estudios.
6. Expediente clínico.
7. Estudio histopatológico (en caso de biopsia o resección parcial o total de un órgano).



*Formatos de Plan Seguro.

**Recuerde que para realizar la reclamación de gastos erogados, solamente se recibirán aquellos gastos que presenten facturas o recibos de honorarios (con requisitos fiscales, describiendo el concepto de la atención, fecha en que fue atendido, etc.).

- » No se aceptan comprobantes de pagos o donaciones a instituciones de beneficencia.
- » Factura de medicamentos, en los casos que sea electrónica y no cuente con el desglose anexar ticket con detalles de compra, si esto no es posible se considera-

rá la cobertura de acuerdo al padecimiento reclamado y precio usual en farmacia.

Tomar en cuenta los siguientes puntos para poder ingresar la información en forma correcta esto nos permitirá agilizar el dictamen de su reclamación.



En caso de haber requerido Interconsulta de otro Médico especialista, deberá presentar el Informe Médico indicando el procedimiento que realizó.



Cuando se trate de aparatos y estudios especiales deberá anexar receta con la prescripción del Médico tratante.



En casos de haber requerido los servicios de una enfermera, deberá presentar el Informe del Médico indicando las características del padecimiento que requiera esta atención.



Si va a reclamar medicamentos, deberá presentar receta con prescripción de su Médico.



Para reclamaciones complementarias de un padecimiento de larga evolución, se le solicitará ingresar cada 3 meses un nuevo Informe Médico, esto para tener actualizado las indicaciones terapéuticas de su padecimiento.

3.2 PAGOS COMPLEMENTARIOS.

Para que usted pueda realizar la reclamación de los Gastos Médicos erogados que sean complemento de la reclamación inicial, deberá presentar los siguientes documentos:

1. Relación de gastos.
2. Carta de autorización o finiquito anterior.
3. Recibos de honorarios o facturas.
4. Resultados de estudios.
5. Estudios histopatológico (en caso de biopsia o resección parcial o total de un órgano).



3.3 REEMBOLSO EXPRÉS (en tan sólo 72 hrs.)

Este trámite sólo aplicará para reclamaciones complementarias menores a \$10,000.00, en caso de identificarse trámites simultáneos estos se unirán para formar uno solo, y de ser posible será realizado en forma convencional.

Para que usted pueda realizar la reclamación de los Gastos Médicos erogados que sean complemento deberá presentar los siguientes documentos:

1. Relación de gastos.
2. Carta de autorización o finiquito anterior.
3. Recibos de honorarios o facturas.
4. Resultados de estudios.
5. Estudios histopatológico. (en caso de biopsia o resección parcial o total de un órgano)
6. Copia del estado de cuenta.

Para efectuar el pago del Reembolso Exprés, se requiere que llene el anverso del formato de relación de gastos y de ser posible, anexe una copia del estado de cuenta donde se proporcione la CLABE interbancaria a nombre del Asegurado afectado o Contratante.

Este formulario es para solicitar el pago de los gastos médicos por transferencia interbancaria. Incluye campos para el número de la póliza, el nombre del asegurado, y el número de la cuenta bancaria de destino. También contiene instrucciones detalladas sobre cómo completar el formulario y qué documentos adjuntar.

Indicar una dirección de correo electrónico.

3.4 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Para que pueda realizar la reclamación correspondiente a esta Cobertura, deberá presentar en Mesa de Control del Área Médica ubicada en Oficina Matriz, Oficinas de Desarrollo Comercial, o bien, en los Módulos de Atención hospitalaria los siguientes documentos:

3.4.1 Atención Médica en Hospital Privado

1. Aviso de accidente o enfermedad.*
2. Informe Médico.*
3. Resumen Clínico.
4. Constancia hospitalaria.
5. Copia de identificación oficial con fotografía y credencial de Plan Seguro.
6. Acta del Ministerio Público en caso de haber ocurrido en vía pública (Centro comercial, Hoteles, Restaurantes, Aeropuerto etc.).



3.4.2 Atención médica en Hospital Público (legalmente autorizado).

1. Aviso de Accidente o Enfermedad.*
2. Nota de alta de la Institución Pública.
3. Copia de identificación oficial con fotografía y credencial de Plan Seguro.
4. Acta del Ministerio Público en caso de haber ocurrido en vía pública (Centro comercial, Hoteles, Restaurantes, Aeropuerto etc.).



*Formatos de Plan Seguro

Tomar en cuenta los siguientes puntos para poder ingresar la información de forma correcta y se pueda realizar el dictamen correspondiente.

Aviso de Accidente o Enfermedad, llenarlo en su totalidad, no olvide fecharlo y firmarlo.



Informe Médico, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante y usted.



Resumen clínico con nota de ingreso, diagnósticos y procedimientos Médicos realizados, enfatizando hora y fecha de inicio de la hospitalización y firmada por el Médico tratante.



Constancia Hospitalaria u hoja de ingreso hospitalaria con fecha, hora, diagnóstico de ingreso y egreso.



Nota de alta de la institución Pública (IMSS, ISSSTE, SECRETARÍA DE SALUD) con fecha, hora y diagnóstico de ingreso y egreso.

3.5 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO

Para que usted pueda realizar la reclamación correspondiente a esta Cobertura, deberá presentar en Mesa de Control del Área Médica ubicada en Oficina Matriz, Oficinas de Desarrollo Comercial o bien en los Módulos de Atención hospitalaria los siguientes documentos:

3.5.1 Atención médica en Hospital Privado

1. Aviso de Accidente o Enfermedad.*
2. Informe Médico.*
3. Resumen clínico.
4. Estudio histopatológico.
5. Copia de identificación oficial con fotográfica y credencial de Plan Seguro.



3.5.2 Atención médica en Hospital Público (legalmente autorizado)

1. Aviso de Accidente o Enfermedad.*
2. Nota de Alta.
3. Resumen Clínico.
4. Estudio Histopatológico.
5. Copia de identificación oficial con fotográfica y credencial de Plan Seguro.



*Formatos de Plan Seguro

Tomar en cuenta los siguientes puntos para poder ingresar la información de forma correcta y se pueda realizar el dictamen correspondiente.



Aviso de Accidente o Enfermedad, llenarlo en su totalidad, no olvide fecharlo y firmarlo.



Informe Médico, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante y usted.



Resumen Clínico indicando antecedentes personales patológicos, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico a través del estudio histopatológico; tratamiento quirúrgico (si es que se practicó), tratamiento de seguimiento (quimioterapia o radioterapia); el resumen realizado y firmado por su Médico tratante.



Estudio histopatológico emitido por Médico patólogo con Cédula Profesional con etapificación de acuerdo a la clasificación TNM séptima edición de la AJCC.

NOTA. El Informe deberá ser emitido por un Médico que ejerce la medicina alopática y legalmente autorizado para la práctica de su profesión (Cédula Profesional).

3.6 OPCIONES DE PAGO PARA RECLAMACIONES POR REEMBOLSO, INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE E INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO.

En el caso de que su reclamación sea procedente, usted puede elegir cualquiera de las dos opciones que se describen abajo para que le sean reembolsados sus gastos.

SOLICITUD DE CHEQUES

Podrá solicitar cheque, mismo que será expedido a nombre de quien haya sido solicitado y deberá retirarlo en el Área de caja de la Oficina Matriz y/o Módulo hospitalario donde realizó el trámite. **El cheque sólo podrá emitirse a nombre del Contratante o Asegurado afectado (mayor de 18 años).**

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

Para que se le realice el Reembolso de Gastos Médicos procedentes por transferencia electrónica, deberá anexar a su documentación:

1. De ser posible, anexar copia del estado de cuenta bancaria (indicando CLABE interbancaria).
2. Llenar el anverso del formato de relación de gastos.
3. Indicar una dirección de correo electrónico.

Para poder realizar la transferencia, el Titular de la cuenta deberá ser el Asegurado afectado o Contratante mayor de 18 años.

De no cumplir con los requisitos mencionados, se expedirá un cheque.

Si su reclamación ha sido denegada, se le entregará una carta indicando las causas del mismo, anexando los documentos originales que ingresó, estos deberán recogerse en Mesa de Control o Módulo hospitalario donde realizó el trámite.

4. PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

4.1 CONSULTAS CON RED MÉDICA EXCLUSIVA PARA PAGO DEL 50% DE COASEGURO.

Esta Cobertura únicamente se otorgará con la red de Médicos especificada por Plan Seguro en el sitio Web y vía telefónica en Servicio Seguro: 01 800 277 1234.

4.2 CONSULTAS CON MÉDICOS DE LA RED MÉDICA GENERAL

Se cubren los gastos erogados por el Asegurado por consultas médicas ambulatorias con Médicos Generales y Especialistas que formen parte de la Red de Prestadores de Servicio en convenio con Plan Seguro, únicamente dentro de la Red indicada en el Directorio Médico "Red para Consultas Médicas Ambulatorias". El Asegurado podrá decidir si asiste por primera vez a un Médico General o un Especialista, sin que exista alguna restricción en ese sentido.

4.3 CONSULTAS CON MÉDICO FUERA DE RED

Para esta Cobertura aplica un Coaseguro del cincuenta por ciento (50%) por consulta. En caso de que se desee asistir con un Médico que no se encuentra dentro de la Red indicada en el Directorio Médico "Red para Consultas Médicas Ambulatorias", para efectos de esta Cobertura deberá pagar el costo preferencial de acuerdo al tabulador de consulta de la Base Hospitalaria elegida.

Si la atención es realizada fuera de la Red de prestadores de servicio en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, de acuerdo al tabulador indicado establecido para esta Cobertura de consultas médicas ambulatorias, aplicando el Coaseguro del cincuenta por ciento (50%) y diez por ciento (10%) adicional de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.

Este Beneficio deberá estar estipulado en la Carátula de la Póliza.

Para acceder a estos servicios usted deberá solicitar su **ORDEN DE ATENCIÓN O NÚMERO DE REFERENCIA** de acuerdo al procedimiento que se describe a continuación:

5. ÓRDENES DE ATENCIÓN O NÚMERO DE REFERENCIA

5.1 ¿QUÉ ES UNA ORDEN DE ATENCIÓN?

Es un documento expedido por PLAN SEGURO a favor del Asegurado, para acceder a consultas médicas estas podrán ser obtenidas a través de nuestros Módulos hospitalarios, siendo este documento su comprobante de pago ante el prestador de servicio. Las Órdenes de Atención tendrán una vigencia de 15 días a partir de la fecha de emisión de dicha orden.

ORDENES DE ATENCIÓN OTORGADAS EN LOS MÓDULOS HOSPITALARIOS.

Si acude en forma directa a nuestros Módulos, deberá indicar el nombre del Médico con el cual acudirá a consulta y presentar identificación oficial con fotografía, en ese momento le indicarán el Coaseguro a pagar y le serán entregados dos documentos que corresponden a la Orden de Atención, ambos deberán tener el sello de pagado:

Original que indica al final del documento "Cliente" y una copia que dice "Prestador de Servicios", esta última deberá ser entregada al Médico al momento de la consulta.

5.2 ¿COMO OBTENER EL NÚMERO DE REFERENCIA PARA CONSULTA MÉDICA?

Este se obtiene a través de nuestro Centro de Atención Telefónica, deberá tener a la mano el numero de Póliza y nombre del Médico con el que asistirá a la consulta, este número de referencia ayudará a que usted pueda acceder directamente al prestador de servicios.

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA



Elija el Médico general y/o especialista de la Red Médica y realice su cita.*



Una vez realizada su cita, comuníquese al Centro de Atención Telefónica Servicio Seguro para consultas y estudios.



El Operador le solicitará el Número de Póliza, nombre del Médico, fecha y hora de su cita. Así mismo al verificar sus datos, le indicará un número de referencia el cual tendrá que indicar a la Asistente del Médico para poder recibir su consulta.



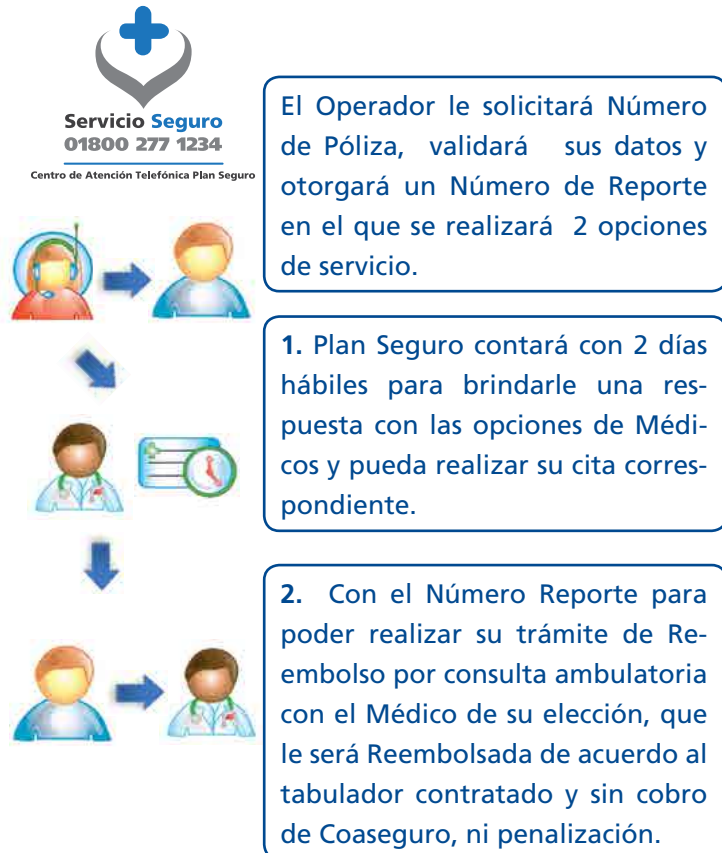
El Operador le enviará la Orden de Atención al Médico tratante para otorgarle la consulta.

Al finalizar su consulta deberá pagar el coaseguro del 50% y le solicitarán firmar la orden, ya que este documento sirve como comprobante de pago para el Médico.

5.3 GARANTÍA DE ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA

En caso de que usted requiera de una consulta ambulatoria y no exista un Médico de la especialidad solicitada en su lugar de residencia, deberá llamar al:

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA



6. COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTOS Y/O EQUIPO ESPECIAL

Este Beneficio está dirigido a los Asegurados con padecimientos crónico degenerativos quienes continuamente tienen la necesidad de comprar medicamento, el principal objetivo de este Beneficio es evitar que desembolse cantidades importantes y sólo pague el monto correspondiente al Coaseguro contratado. Algunos de los padecimientos que requieren de este tipo de esquema son:

- » Neurológicos.
- » Accidentes Cerebro Vasculares.
- » Cardiovasculares.
- » Oncológicos.
- » Diabetes Mellitus.
- » Hipertensión Arterial.
- » Entre otros.

Para poder acceder a este Beneficio:

El Asegurado deberá ingresar en los Módulos Hospitalarios o directamente en Oficina Matriz la siguiente información:

- » Llenar la Solicitud de compra directa de medicamento, enfermería y equipo especial.
- » Copia del finiquito o carta autorización del pago inicial de la reclamación.
- » Receta medica original que deberá indicar nombre del medicamento, presentación, (capsulas, tabletas, grageas, jarabe, ungüento, etc.), así como la posología (dosis, horarios y duración del tratamiento).
- » Identificación oficial con fotografía del Asegurado o Contratante que firmó la Solicitud.

En caso de que su trámite sea autorizado, se le indicara el Coaseguro a pagar en nuestros Módulos Hospitalarios, Oficina Matriz o mediante referencia bancaria, y se dará la fecha de entrega del medicamento.

A la entrega del producto deberá mostrar el original de la ficha de depósito, transferencia bancaria u Orden de Atención según sea el caso.

Al recibir el medicamento asegúrese de que sea el prescrito por su Médico tratante en la receta, si es correcto se le agradece firmar de conformidad, en caso contrario es importante que no reciba el medicamento y que notifique a la persona que le está atendiendo para que se re programe su pedido.

En caso de que su trámite no proceda, se emitirá por escrito una carta indicando el motivo de la declinación.

Importante

Ingrese la documentación por lo menos con cinco (5) días de anticipación a la aplicación del medicamento.

Deberá existir una reclamación abierta con un Diagnóstico Médico establecido, así como un protocolo de tratamiento y seguimiento para el Asegurado.

No podrá existir cancelación, cambio o devolución de los medicamentos solicitados.

7. COBERTURA DENTAL.

Es otorgada una vez que se haya contratado la Cobertura, la cual es por Asegurado y únicamente con los prestadores de servicios pertenecientes a la Red de Plan Seguro.

Para solicitar la atención deberá comunicarse al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro.



El Operador le solicitará Número de Póliza y nombre completo.



Le indicará de acuerdo a su base contratada el prestador de servicio que le corresponde, así mismo, le indicará el Coaseguro a pagar y/o dará indicaciones específicas para la atención.



Una vez que tenga los datos de nuestro prestador de servicio podrá realizar su cita.



No olvide presentar el día de su cita, credencial de Plan Seguro y una identificación oficial con fotografía al prestador de servicio.

Una vez realizado el dictamen y en caso de ser procedente su reclamación, se enviará carta de autorización a admisión hospitalaria.

8. FORMATOS

8.1 FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

Este formato que tendrá que ser llenado por usted, se le solicitará en las Programaciones de Cirugía, Urgencias, Hospitalizaciones y Reembolsos.

Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad. Incluye campos para datos personales, detalles del siniestro, y una sección para el diagnóstico médico.

Formato de Informe Médico. Incluye campos para datos del paciente, detalles del diagnóstico, y una sección para el tratamiento y recomendaciones.

8.2 FORMATO DE INFORME MÉDICO.

Este formato es llenado por su Médico tratante en su totalidad, no olvide indicar fechas de sus padecimientos (aunque no tengan relación con el diagnóstico actual), corroborar que venga indicado el hospital, laboratorio (donde se realizará el procedimiento), nombre, firma y cédula del Médico, fecha en la cual realizó el Informe y por último, usted deberá firma al anverso de este Informe (en el apartado contemplado).

Formato de Informe Médico. Incluye campos para datos del paciente, detalles del diagnóstico, y una sección para el tratamiento y recomendaciones.

Formato de Informe Médico. Incluye campos para datos del paciente, detalles del diagnóstico, y una sección para el tratamiento y recomendaciones.

8.3 FORMATO DE RELACIÓN DE COMPROBANTES PARA REEMBOLSOS.

En este formato podrá relacionar los documentos ingresados para una reclamación vía Reembolso, por lo cual deberá ser requisitado en su totalidad. El cheque sólo podrá emitirse a nombre del Contratante o Titular afectado (mayor de 18 años)

Formato de Relación de Comprobantes para Reembolsos. Incluye campos para datos del paciente, detalles del siniestro, y una sección para la relación de comprobantes.

Formato de Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria. Incluye campos para datos del paciente, detalles del siniestro, y una sección para la solicitud de pago.

8.4 FORMATO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTO Y/O EQUIPO ESPECIAL

Una vez que tenga un siniestro abierto y requiera de medicamento, enfermería o equipo especial podrá solicitarlo con este formato para tramitar el Pago directo al prestador.

Formato de Solicitud de medicamento y/o equipo especial. Incluye campos para datos del paciente, detalles del siniestro, y una sección para la solicitud de medicamento o equipo especial.

9. DERECHOS DEL PACIENTE

Estimado usuario es importante que reciba los servicios de Salud de manera adecuada y oportuna, que sea tratado con profesionalismo, respeto, responsabilidad y ética de tal manera que sienta un trato digno por parte de los prestadores, por lo anterior es importante que conozca sus derechos como paciente:

- » **Acceso:** Los Asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.
- » **Respeto y dignidad:** El trato al paciente deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.
- » **Privacidad y confidencialidad:** Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad, así mismo, la información relativa deberá preservar la confidencialidad.
- » **Seguridad personal:** El individuo tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias medidas de seguridad.
- » **Identidad:** El paciente 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 sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, Beneficios y alternativas, lo mismo que las que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- » **Comunicación:** El enfermo tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- » **Consentimiento:** El paciente 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 paciente tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguros respectivo.

- » **Negativa al tratamiento:** El paciente tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.
- » **Selección de médico y hospital:** El paciente tiene derecho de seleccionar el médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguros respectivo.

RECUERDE

Que es de suma importancia que al momento de recibir su Póliza de Golden Salud, lea detenidamente las condiciones generales que forman parte del Contrato, así como los Beneficios estipulados en la carátula de la Póliza.

Corroborar que la Prima correspondiente a su Seguro haya sido pagada para poder tener acceso a los Beneficios de su Póliza.

Llevar consigo la credencial de Plan Seguro y una identificación oficial con fotografía para tener acceso rápido al servicio.

Revisar los Hospitales y Médicos que pertenezcan a la Base contratada por usted.

Podrá obtener los formatos para los diferentes trámites en módulos hospitalarios, oficina matriz y página de Internet www.planseguro.com.mx

Así mismo ponemos a su disposición nuestro Centro de atención telefónica, ServicioSeguro, donde con gusto atenderemos sus sugerencias y quejas relacionadas con el servicio que ha recibido por parte de nuestra institución.



Servicio Seguro
01800 277 1234

Centro de Atención Telefónica Plan Seguro

servicioseguro@planseguro.com.mx



Servicio Seguro
01800 277 1234

Centro de Atención Telefónica Plan Seguro

Plan Seguro, S.A., de C.V., Compañía de Seguros

Periférico Sur No. 4355, Col. Jardines en la Montaña
Del. Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F.

planseguro.com.mx