



Manual de usuario

1. CENTRO DE ATENCIÓN PLAN SEGURO.	3
1.1 CENTRO DE ATENCIÓN PERSONALIZADA.	3
1.2 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA SERVICIOSEGURO.	5
2. REPORTE HOSPITALARIO (PAGO DIRECTO).	6
3. ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA.	6
4. CIRUGÍA PROGRAMADA (Hospitales y Médicos de Red).	6
5. TRÁMITE DEL PAGO DE UN EVENTO VÍA REEMBOLSO.	7
5.1 RECLAMACIÓN INICIAL.	7
5.2 PAGOS COMPLEMENTARIOS.	8
5.3 REEMBOLSO EXPRES (en tan sólo 72 hrs.).	8
5.4. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA).	8
5.4.1. Atención médica en Hospital Privado.	8
5.4.2. Atención médica en Hospital Público (legalmente autorizado).	9
5.5. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF).	9
5.5.1. Atención médica en Hospital Privado.	9
5.5.2. Atención médica en Hospital Público (legalmente autorizado).	10
5.6. OPCIONES DE PAGO PARA RECLAMACIONES POR REEMBOLSO, INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE E INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO.	10
5.6.1. SOLICITUD DE CHEQUES.	10
5.6.2. SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA.	10
6. PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS.	10
6.1. CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO Y ESPECIALISTAS.	10
6.1.1. ÓRDENES DE ATENCIÓN.	10
6.1.2. NUMERO DE REFERENCIA.	11
7. SERVICIOS DE LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA Y GABINETE.	11
8. COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTOS Y EQUIPOS ESPECIALES.	13
9. CONSULTA CON NUTRIÓLOGO.	14
10. COBERTURA DENTAL.	14
11. CAMPAÑAS PREVENTIVAS.	15
11.1. REVISIÓN MÉDICA PREVENTIVA.	15

11.2. EXAMEN PREVENTIVO.	15
12. CONTROL DEL NIÑO SANO.	15
13. DESCUENTOS EN ESTUDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO (descuento aplicado directamente con nuestro prestador de servicio).	16
14. FORMATOS.	16
14.1. FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.	16
14.2. FORMATO DE INFORME MÉDICO.	16
14.3. FORMATO DE RELACIÓN DE COMPROBANTES PARA REEMBOLSOS.	17
15. DERECHOS DEL PACIENTE.	17

Introducción

Plan Seguro, S.A. de C.V., agradece su preferencia al haber adquirido una Póliza de Salud Integral, la cual cuenta con grandes Beneficios y Coberturas, brindándole un respaldo, servicio y protección, para contribuir al bienestar de usted y su familia.

Así mismo pone 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, Exámenes de Laboratorio y Gabinete, 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.

1.1 CENTRO DE ATENCIÓN PERSONALIZADA.

Módulos de Atención

Usted puede realizar 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 San Ángel Inn Universidad.

Domicilio: Mayorazgo, No. 130, 1er. piso, Col. Xoco, C.P. 03339, México, D.F.

Teléfono: 5623 - 6363. Ext. 1113.

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

Correo: mod_sanangelinnuniversidad@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Ángeles Metropolitano.

Domicilio: Tlacotalpan No. 59, Torre Diamante, PB, 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 Médico 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, PB,

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_durango3@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. 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, Estado 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 Country 2000

Domicilio: Av. José Álvarez del Castillo No. 1542,
Col. Chapultepec Country, C.P. 44160, Guadalajara,
Jalisco.
Teléfono: 01 (33) 3853 - 8379
Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 14:00 hrs.
Sábado de 8:00 a 13:00 hrs.
Correo: mod_country@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital San Javier

Domicilio: Av. Pablo Casals No. 640,
Col. Prados Providencia, C.P. 44670, Guadalajara, Jalisco.
Teléfono: 0133 3641 6651
Horario: Lunes a Viernes de 8:30 a 18:00 hrs.
Sábado de 8:00 a 13:00 hrs.
Correo: mod_sanjavier@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 - 3647 - 7980.
Conmutador: 0133 - 1078 - 8900. Ext. 3404.
Fax: 0133 - 3647 - 8515.
Horario: Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.
Viernes de 8:30 a 15:30 hrs.
Correo: mod_sanjose@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital Muguierza.

Domicilio: Calle Hidalgo No. 2527 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_muguierza@planseguro.com.mx

Módulo: Hospital y Clínica OCA.

Domicilio: Av. Pino Suárez No. 645 Norte,
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 No. 2331,
Col. Vista Hermosa, C.P. 064620, Monterrey, Nuevo León.
Teléfono: 0181 - 8123 - 2004, 0181 - 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

Así mismo están a su disposición los Consultorios de Plan Seguro, donde recibirá orientación relacionada con consultas de Especialistas, estudios de Laboratorio e imagen y otros Beneficios que le ofrece su Póliza.

Consultorios Médicos Plan Seguro Distrito Federal

Hospital Médica Sur

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

Oficina Polanco

Domicilio: Av. Ejército Nacional No. 579, local 3, Esq. Lago Victoria. Col. Granada, México, D.F.
Teléfono: 1085 4661 ext. 4105
Correo: mod_polanco@planseguro.com.mx

Hospital Ángeles del Pedregal

Domicilio: Camino a Santa Teresa No. 1055 Torre de especialidades 11vo. piso, consultorio 1182, Col. Héroes de Padierna, C.P. 10700, México, D.F.
Teléfono: 5652 – 3546, 5449 -5500. Ext. 4182
Correo: cons_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

Consultorio Plan Seguro Jalisco

Oficina Guadalajara

Domicilio: Av. Agustín Yáñez No. 2583, Col. Arcos Vallarta, C.P. 44130, Guadalajara Jalisco.
Teléfonos: 3615 - 1798, 3615 - 1610 y 3615 - 1710
Correo: mraurau@planseguro.com.mx

Consultorio Plan Seguro Nuevo León

Oficina Monterrey

Domicilio: Av. José Vasconcelos No. 451 Poniente, PB, Col. Del Valle, C.P. 66220, San Pedro Garza García, Monterrey, Nuevo León.
Teléfonos: 8335 – 6314, 8378 - 6689 y 8335 - 8311
Correo: aalvarado@planseguro.com.mx

1.2 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA PLAN SEGURO

Plan Seguro pone a su disposición el Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro, donde se le proporcionará información sobre su Siniestro y podrá realizar trámites para Consultas con costo preferencial.

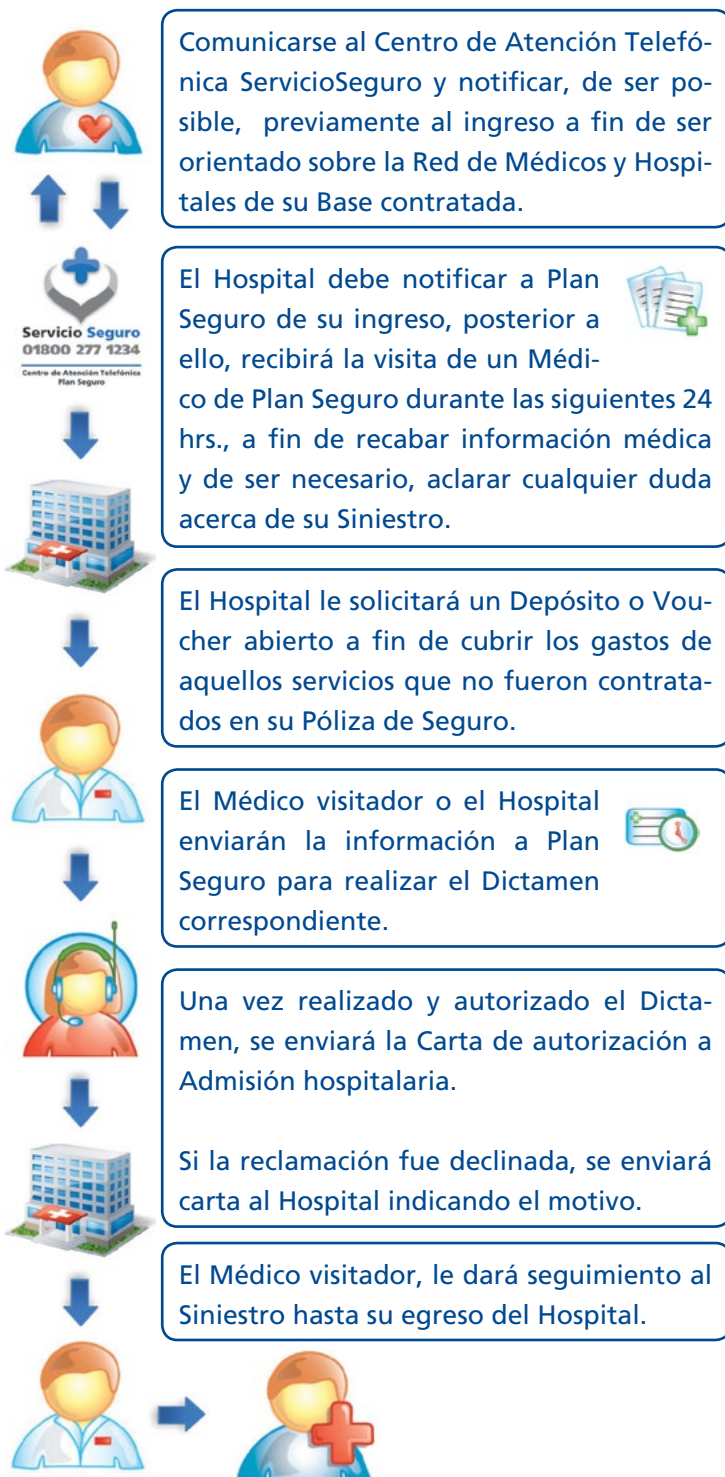


Servicio Seguro
01800 277 1234

Centro de Atención Telefónica
Plan Seguro

2. REPORTE HOSPITALARIO (PAGO DIRECTO).

Se cubrirán los gastos originados por hospitalización en caso de Accidentes o Emergencias, para ello, deberá seguir el procedimiento que a continuación se presenta:



IMPORTANTE:

Si usted presenta una Emergencia médica y la atención hospitalaria brindada es menor a 24 horas, ésta podrá cubrirse a través de Pago Directo de acuerdo a las Condiciones Generales de su Póliza. Una vez que contemos con toda la información médica necesaria, el tiempo de respuesta será de 1 hora.

Si requiere de hospitalización por Enfermedades, Emergencias o Accidentes procedentes, podrá realizarse Pago Directo de su atención y aplicará de acuerdo a las Condiciones de Póliza, con un tiempo de respuesta no mayor a 24 horas.

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.

3. ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA.

En caso de accidente ocurrido en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general, si el Asegurado sufre una lesión que por sus características amerite levantar el acta ante el Ministerio Público, deberá presentarla en forma inmediata a Plan Seguro siempre y cuando así se haya requerido, con el fin de determinar la posible responsabilidad de terceros; lo anterior en 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.

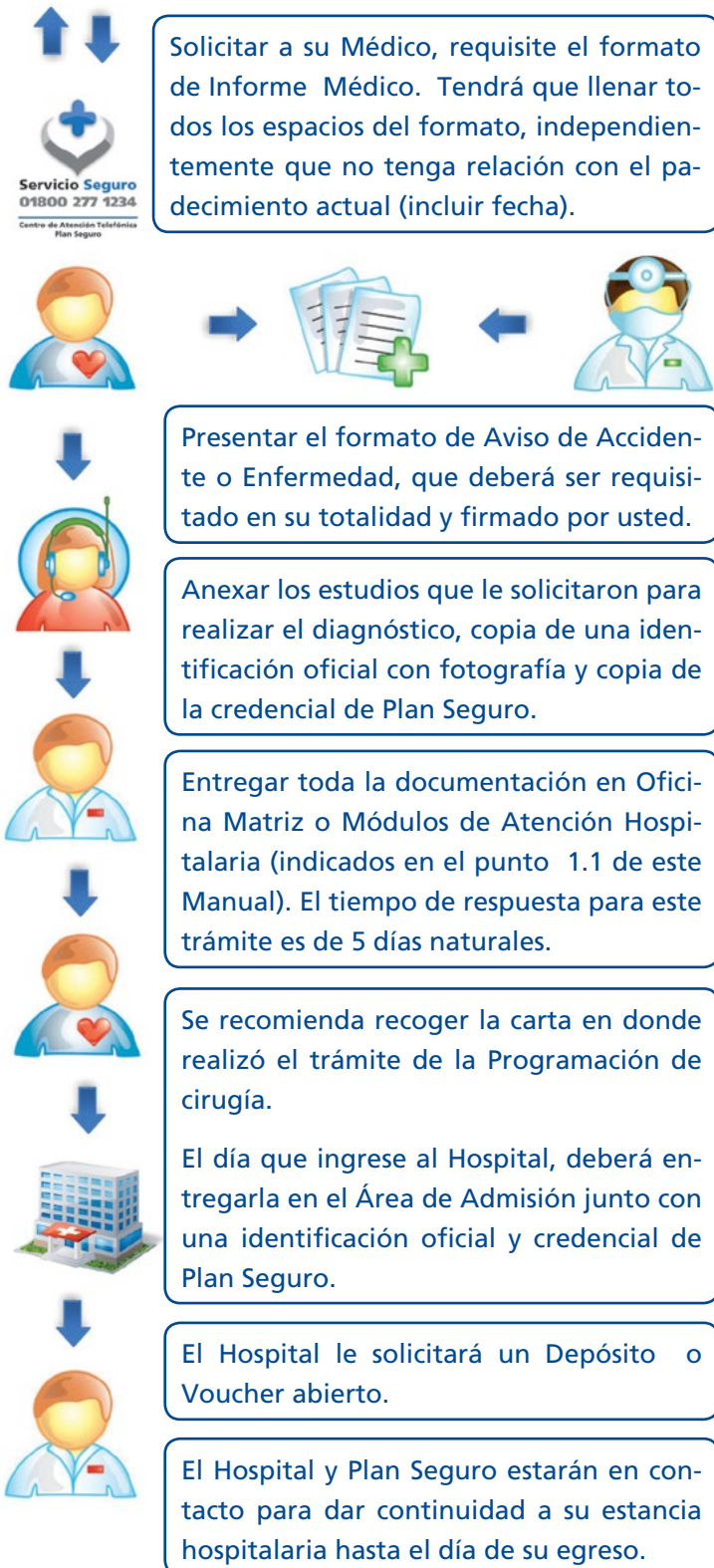
4. CIRUGÍA PROGRAMADA (Hospitales y Médicos de Red).

Cómo programar una cirugía.



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





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

5. TRÁMITE DE PAGO DE UN EVENTO VÍA REEMBOLSO.

Los gastos originados por 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 necesita presentar para que sean reembolsados los gastos por algún padecimiento?

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 sus gastos Médicos, deberá presentar en Mesa de Control del Área Médica ubicada en Oficina Matriz o en los Módulos de Atención Hospitalaria, los siguientes documentos.

5.1 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 los gastos erogados, solamente se recibirán aquellos gastos en los cuales se 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 considerará la Cobertura de acuerdo al padecimiento reclamado y precio usual en farmacia.

Tomar en cuenta los siguientes puntos para poder ingresar la información de forma correcta; esto 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 médica 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 médica.



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

5.2 PAGOS COMPLEMENTARIOS.

Para que pueda realizar la reclamación de los gastos Médicos erogados que sean complemento de su 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).



5.3 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 será realizado en forma convencional.

Para que usted pueda realizar la reclamación de Reembolso exprés 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. Estudio histopatológico, (en caso de biopsia o resección parcial o total de un órgano).
6. Copia del estado de cuenta o, requisiere el anverso del formato de relación de gastos proporcionando la CLABE interbancaria a nombre del Asegurado afectado o Contratantes mayores de 18 años.

Es indispensable que nos proporcione una dirección de correo electrónico a fin de enviar el comprobante de transferencia.

5.4 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA).

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 en los Módulos de Atención Hospitalaria, los siguientes documentos.

5.4.1 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.).



5.4.2 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 (Centros comerciales, Hoteles, Restaurantes, Aeropuertos, 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 por 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.

5.5 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF).

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 en los Módulos de Atención Hospitalaria los siguientes documentos.

5.5.1 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 fotografía y credencial de Plan Seguro.



*Formatos de Plan Seguro.

5.5.2 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 fotografía y credencial de Plan Seguro.



Tomar en cuenta los siguientes puntos para poder ingresar la información de forma correcta y 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) y el resumen realizado y firmado por su Médico tratante.



Estudio Histopatológico emitido por Médico patólogo con Cédula Profesional con etapi-ficación 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).

5.6 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.

5.6.1 SOLICITUD DE CHEQUES.

Podrá solicitar cheque, mismo que será expedido a nombre de quien haya sido solicitado y deberá recogerlo 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).**

5.6.2 SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA.

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

1. Copia del estado de cuenta bancaria indicando CLABE interbancaria (opcional).
2. Llenar el anverso del formato de relación de gastos.
3. Indicar una dirección de correo electrónico (indispensable).

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, mismos que deberán recogerse en Mesa de Control o Módulo Hospitalario donde realizó su trámite.

6. PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS.

6.1 CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO Y ESPECIALISTAS.

Para esta Cobertura aplica el Coaseguro contratado. En caso de que desee asistir con un Médico de la Red de Prestadores de Servicios en Convenio con Plan Seguro que pertenezca a una Base mayor a la contratada, deberá pagar el Coaseguro correspondiente a su Base, más la diferencia del costo de la Consulta de la Base elegida.

Para acceder a la consulta, usted deberá solicitar **ORDEN DE ATENCIÓN O NÚMERO DE REFERENCIA** de acuerdo al procedimiento descrito en este Manual, en los puntos 6.1.1 y 6.1.2.

6.1.1 ÓRDENES DE ATENCIÓN

Es un documento expedido por Plan Seguro a favor del Asegurado para acceder a consultas médicas, éstas podrán ser obtenidas a través de los Módulos Hospitalarios. Las ór-

denes de atención tendrán vigencia de 15 días a partir de su fecha de emisión y servirán como comprobante de pago ante el prestador de servicio.

ÓRDENES DE ATENCIÓN OTORGADAS EN LOS MÓDULOS HOSPITALARIOS.

Si acude en forma directa a nuestro Módulo Hospitalario, debe indicar el nombre del Médico con el que acudirá a consulta, presentar Credencial de Plan Seguro, identificación oficial con fotografía y por último, pagar el Coaseguro correspondiente para la consulta.

Se le entregarán dos documentos que corresponden a la **Orden de Atención**, ambos deberán tener el sello de pago:

Original que indica al final del documento "CLIENTE" y **una copia** que anuncia "PRESTADOR DE SERVICIOS", esta última deberá ser entregada al Médico al momento de la consulta.

6.1.2 NÚMERO DE REFERENCIA.

Es el número de atención que se obtiene a través de nuestro Módulo de Atención Telefónica, derivado de la solicitud de consulta. Este número de referencia ayudará a que usted pueda acceder directamente al prestador de servicios.

CITAS REALIZADAS A TRAVÉS DE NUESTRO CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA SERVICIOSEGURO (NÚMERO DE REFERENCIA).



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 ServicioSeguro.



El Operador le solicitará el número de Póliza, nombre del Médico, fecha y hora de su cita.



El operador al verificar sus datos, le proporcionará un **número de referencia**, el cual deberá indicar a la Asistente del Médico tratante para poder recibir su consulta.



El Operador le enviará la orden de atención al Médico tratante para otorgarle la consulta.



Al acudir a su cita deberá presentar su credencial de Plan Seguro y una identificación oficial con fotografía (para mayores de 18 años).



Al finalizar su consulta, le solicitarán firmar la orden de atención, ya que este documento sirve como comprobante de pago para el Médico.

7. SERVICIOS DE LABORATORIO E IMAGENOLÓGIA Y GABINETE.

Quedarán cubiertos los gastos erogados por el Asegurado correspondientes a exámenes de Laboratorio, Imagenología y Gabinete que se realizan en forma ambulatoria con Prestadores de Plan Seguro, siempre y cuando sean indicados por su Médico Tratante.

A continuación se enlistan estudios que el operador de Módulo Hospitalario podrá otorgar para realizar la Orden de Atención al momento que presente la receta o Informe Médico, credencial de Plan Seguro e identificación oficial (en caso de mayores de 18 años) y aviso de Accidente o Enfermedad:

ESTUDIOS DE LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA

BIOMETRÍA HEMÁTICA.
 PROTEÍNA C REACTIVA.
 VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR.
 GRUPO Y Rh.
 ELECTROLITOS SÉRICOS.
 QUÍMICA SANGUÍNEA (3, 6, 12, 24 y 32 ELEMENTOS).
 HEMOGLOBINA GLICOSILADA.
 COPROCULTIVO.
 COPROPARASITOSCÓPICO (1- 3 MUESTRAS).
 COPROLÓGICO.
 PERFIL TIROIDEO.
 PERFIL HEPÁTICO.
 PERFIL RENAL.
 PERFIL DE LÍPIDOS.
 PERFIL HORMONAL.
 PERFIL TORCH.
 ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO.
 EXAMEN GENERAL DE ORINA.
 UROCULTIVO.
 UROLÓGICO.
 REACCIONES FEBRILES.
 INMUNOGLOBULINAS SÉRICAS (IGA, IGE e IGM).
 EOSINOFILOS EN MOCO NASAL.
 PRUEBAS CUTÁNEAS.
 ELECTROLITOS 4, SODIO, POTASIO, CLORO, DIÓXIDO DE CARBONO.
 PAPANICOLAU.
 ANTÍGENO PROSTÁTICO.
 TOMA DE PAPANICOLAU EN CONSULTORIO.
 COLPOSCOPÍA EN CONSULTORIO.
 ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO EN CONSULTORIO.

1 ó 2 PLACAS SIMPLES DE CRÁNEO (A.P. o LATERAL, PERFILGRAMA, WATTERS, TOWN).

1 ó 2 PLACAS ARTICULACIÓN MANDIBULAR (A.P. o LATERAL).

1 ó 2 PLACAS SIMPLES DE COLUMNA CERVICAL (A. P. y LATERAL).

1 ó 2 PLACAS DE COLUMNA DORSAL (A.P. o LATERAL).

1. ó 2 PLACAS DE COLUMNA LUMBAR (A.P. o LATERAL).

PLACA SIMPLE TELE DE TÓRAX.

PLACA SIMPLE TÓRAX ÓSEO.

1 ó 2 PLACAS SIMPLE DE ADOMEN (DECUBITO Y DE PIE).

1 ó 2 PLACAS SIMPLES DE EXTREMIDADES SUPERIORES (A.P. o LATERAL DE HOMBRO, HÚMERO, CODO, MUÑECA, MANO, DEDOS).

1 ó 2 PLACAS SIMPLES DE EXTREMIDADES INFERIORES (RODILLA, TOBILLO Y PIE EN A.P. Y OBLICUA).

ULTRASONIDOS DE CUALQUIER REGIÓN ANATÓMICA.

En caso de realizarse estos exámenes en Hospitales, Laboratorios y Gabinetes correspondientes a una Base más alta de la contratada, se aplicará un Coaseguro adicional del 20%.

Los estudios que requieran de la autorización de Plan Seguro, podrán ser solicitados de forma directa en Módulos Hospitalarios o en el Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro. Este trámite tiene una duración máxima de 24 horas.

Requisitos que deberá presentar en el Módulo Hospitalario:

1. Credencial de Plan Seguro.
2. Identificación oficial (mayores de 18 años).
3. Formato de Informe Médico o receta indicando los estudios a realizar.
4. Aviso de Accidente o Enfermedad.

O si lo prefiere, podrá llamar al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro:



Comuníquese al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro para solicitar Informes de los prestadores de Red de acuerdo a su Base contratada.



Servicio Seguro
01800 277 1234
Centro de Atención Telefónica Plan Seguro



El Operador le solicitará el número de Póliza, nombre del Médico, prestador de servicio (donde se realizará el estudio), fecha de su cita y un correo electrónico.

El Operador al verificar sus datos, le indicará el tiempo que tardará en enviar la Orden de Atención al correo electrónico indicado.



En la Orden de Atención enviada le indicarán el monto del Coaseguro, el cual pagará directamente con el prestador de servicio el día de su cita.



Al acudir a su cita deberá presentar su credencial de Plan Seguro y una identificación oficial con fotografía (para mayores de 18 años), receta o Informe Médico y Orden de Atención impresa.



No olvide entregar la orden de atención al prestador de servicio, ya que sirve como comprobante de pago del servicio otorgado.

En caso de realizarse estos exámenes en Hospitales, Laboratorios y Gabinetes correspondientes a una Base más alta de la contratada, se aplicará un Coaseguro adicional del 20%.

La fecha de entrega de sus resultados le será proporcionada por el prestador de servicios.

Nota: Solicite información en el Laboratorio o Gabinete a fin de saber si necesita de una preparación específica para realizarse los estudios o concertar cita para estos.

Es importante confirmar que el prestador pertenezca a la Red de Plan Seguro. Una vez elegida la forma de realizar su trámite para consultas, estudios de Laboratorio y/o Gabinete, corrobore con el Operador de Módulo Hospitalario o Centro de Atención Telefónica, ya que el directorio de prestadores está sujeto a cambios sin previo aviso; o bien, puede visitar nuestra página www.planseguro.com.mx.

8. COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTOS Y EQUIPOS ESPECIALES.

Este Beneficio está dirigido a 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:

- » Solicitud de compra directa de medicamento llenada.
- » Copia del finiquito o carta autorización del pago inicial de la reclamación.
- » Receta médica original que deberá indicar nombre del medicamento, presentación, (cápsulas, tabletas, grageas, jarabe, ungüento, etc.) y posología (dosis, horarios y duración del tratamiento).

En caso de que su trámite sea autorizado, se le indicará el Coaseguro a pagar en los 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 su medicamento asegúrese de que sea el prescrito por su Médico tratante, si es correcto agradeceremos firmar de conformidad; en caso contrario, es importante que no acepte el medicamento y notifique a la persona que le está atendiendo para reprogramar su pedido.

En caso de que el 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.

9. CONSULTA CON NUTRIÓLOGO.

Se cubrirán veinte (20) consultas sin pago de Coaseguro vía Reembolso de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada, sin Coaseguro. Las consultas con Nutriólogos son únicamente para los Asegurados con padecimientos crónico-degenerativos, obesidad mórbida y obesidad grado I II y III, que sirvan como control y/o prevención de los mismos padecimientos.

Al ingresar la primera reclamación de esta Cobertura deberá anexar el Informe Médico donde el Médico tratante indique los padecimientos que presenta el Asegurado, así como: peso, talla y período de tiempo en el que deberá disminuirlos; indicado por el Nutriólogo.

En caso de requerir consultas adicionales a las indicadas anteriormente, procederá de la siguiente forma:

- » Si la atención es realizada con Nutriólogos que pertenezcan a la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas aplicando el Coaseguro correspondiente al Plan contratado.
- » Si la atención es realizada fuera de la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, aplicando el Coaseguro correspondiente al Plan contratado e incluyendo diez (10) puntos porcentuales adicionales de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.

Estas consultas no están cubiertas para lo mencionado en la Exclusión 20 del apartado 7. Exclusiones Generales.

10. COBERTURA DENTAL.

Esta Cobertura, será otorgada una vez contratada, la cual es por Asegurado y únicamente con los prestadores de servicios pertenecientes a la Red de Plan Seguro.

Para conocer la Red de prestadores y solicitar la atención, deberá comunicarse al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro.



Servicio Seguro
01800 277 1234

Centro de Atención Telefónica Plan Seguro

PROCEDIMIENTO:



Un Operador le solicitará el número de su Póliza y nombre completo.



Le indicará de acuerdo a su Base contratada, el prestador de servicio que le corresponde e indicará el Coaseguro a pagar y/o dará instrucciones específicas para la atención.



Una vez que tenga los datos del prestador de su elección, 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.

11. CAMPAÑAS PREVENTIVAS.

Tienen por objetivo la detección oportuna de Enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz, previene una evolución indeseable y evita que conduzca a un padecimiento catastrófico:

- » Cáncer Cervicouterino.
- » Cáncer de mama.
- » Dislipidemias.
- » Cáncer de próstata.
- » Diabetes.

La Campañas Preventivas se realizan anualmente, en colaboración con la Red de prestadores autorizados por Plan Seguro. Al contratar la Póliza, obtendrá los cupones correspondientes para poder realizarse los estudios.

Para mayores informes, comuníquese al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro.

11.1 REVISIÓN MÉDICA PREVENTIVA.

Quedarán cubiertos los gastos erogados por Asegurado a consecuencia de la revisión médica preventiva, la cual consiste en una Historia clínica, Examen general de orina, determinaciones en sangre de Biometría Hemática, glucosa, colesterol, fosfatasa alcalina y transaminasa glutámico, oxalacética pirúvica y Electrocardiograma en reposo, que se realicen en forma ambulatoria con la Red de prestadores autorizados por Plan Seguro.

El Asegurado tendrá derecho a una (1) revisión médica preventiva anual por Asegurado por año Póliza, para mayores de 18 años. Ésta se otorga sólo en los Planes Salud 70, 80, 90 y 100 de cualquier Base Hospitalaria contratada.

Para tener acceso a este Beneficio, podrá comunicarse al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro donde le indicarán los prestadores de servicio que le corresponden de acuerdo a su Base contratada.

11.2 EXAMEN PREVENTIVO.

Los Asegurados mayores de 12 años tienen derecho a un examen anual de Medicina Preventiva sin costo, destinado a detectar oportunamente Enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento oportuno previenen una evolución indeseable y evita que conduzca a un padecimiento mayor.

El examen se realizará sólo por el(los) Médico(s) específicamente autorizado(s) por Plan Seguro y será de carácter clínico (comprenderá un análisis personal, examen físico y examen de orina con tira reactiva).

Para tener acceso a este Beneficio podrá comunicarse al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro en donde le indicarán los prestadores de servicio que le corresponden de acuerdo a su Base contratada.

12. CONTROL DEL NIÑO SANO.

Se cubren las consultas para el control del niño sano sin aplicación de Coaseguro, siempre y cuando la atención se realice con los prestadores de servicios de la Red de Plan Seguro. Si la atención es realizada fuera de la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso aplicando el Coaseguro correspondiente al Plan contratado, en ambos casos será de acuerdo al siguiente programa:

Edad	Número de Controles	Frecuencia
Recién nacido (0-27 días).	2 controles	
Lactante menor (desde los 28 días hasta los 11 meses).	5 controles	1 mes 2 meses 3 meses 5 meses 8 meses
Lactante mayor (desde los 12 hasta los 23 meses).	4 controles	12 meses 15 meses 18 meses 21 meses
Preescolar (desde los 2 hasta los 5 años).	2 controles anuales	
Escolar (desde los 6 hasta los 12 años).	1 control anual	

Estos controles no son acumulables ni retroactivos.

En caso de requerir consultas adicionales a las indicadas anteriormente, procederá de la siguiente manera:

- » Si la atención es realizada con Médicos que pertenezcan a la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas aplicando el Coaseguro correspondiente al Plan contratado.
- » Si la atención es realizada fuera de la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, aplicando el Coaseguro correspondiente al Plan contratado e incluyendo diez (10) puntos porcentuales adicionales de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.

Usted realizará el trámite para obtener su **ORDEN DE ATENCIÓN O NÚMERO DE REFERENCIA**, de acuerdo al procedimiento descrito en este Manual.

13. DESCUENTOS EN ESTUDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

(aplicado directamente con nuestro prestador de servicio).

Contamos con Laboratorios, Gabinetes, Ópticas, Dermatología Integral y Casas de Ortopedia, en los cuales se le realizará el descuento indicado al momento del pago.

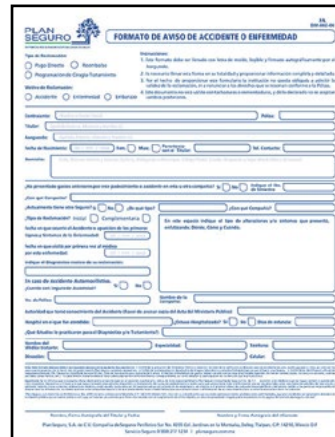
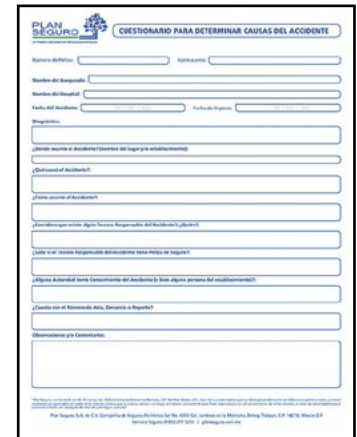
Para tener acceso a este Beneficio, deberá mostrar la credencial que lo identifique como Asegurado de Plan Seguro, además de una identificación oficial con fotografía.

Podrá comunicarse al Centro de Atención Telefónica ServicioSeguro 01 800 277 1234, donde le indicarán la lista de prestadores vigente y descuentos que otorgan.

14. FORMATOS.

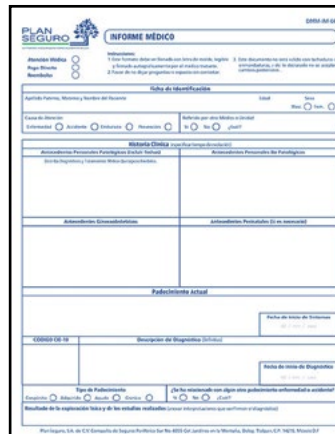
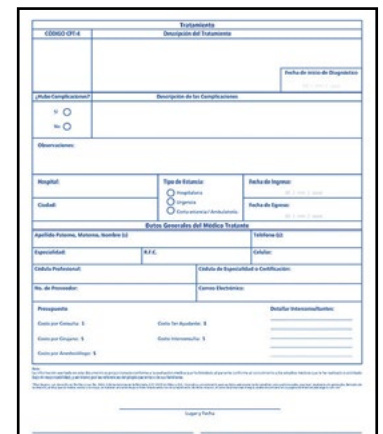
14.1 FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

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

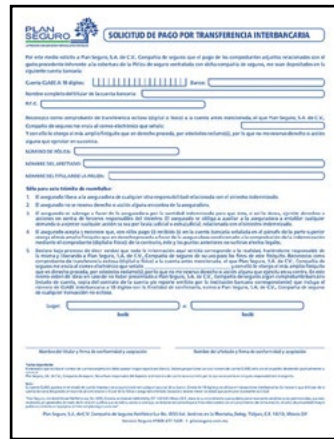
14.2 FORMATO DE INFORME MÉDICO.

Este formato es llenado por el 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 o Laboratorio donde se realizará el procedimiento, nombre, firma y Cédula del Médico, fecha en la cual realizó el Informe y por último, deberá firmar al reverso del mismo en el apartado contemplado.

14.3 FORMATO DE RELACIÓN DE COMPROBANTES PARA REEMBOLSOS.

En este formato usted podrá relacionar los documentos ingresados para una reclamación vía Reembolso, por lo cual deberá ser requisitado en su totalidad. El cheque o transferencia sólo podrá realizarse a nombre del Contratante o Titular afectado (mayor de 18 años). En caso de transferencia, se le solicitará requisitar el anverso del formato “Solicitud de pago por transferencia interbancaria”.

15. 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 que es importante 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 Salud Integral, 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 (indispensable) y una identificación oficial con fotografía para tener acceso 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.

Actualmente Plan Seguro cuenta con una Unidad Especializada de Atención al Asegurado, ubicado en Oficina Matriz, donde atenderán sus sugerencias y reclamaciones relacionadas con el servicio que ha recibido por parte de nuestra Institución.



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