



# Contenido

---

<b>I</b>	<b>Definiciones</b>	<b>5</b>
<hr/>		
<b>II</b>	<b>Cobertura básica</b>	<b>9</b>
<hr/>		
<b>III</b>	<b>Exclusiones a la cobertura básica</b>	<b>15</b>
<hr/>		
<b>IV</b>	<b>Gastos a cargo del Asegurado</b>	<b>19</b>
<hr/>		
<b>V</b>	<b>Cláusulas generales</b>	<b>21</b>
<hr/>		
<b>VI</b>	<b>Cláusulas opcionales</b>	<b>29</b>
<hr/>		
<b>VII</b>	<b>¿Qué hacer en caso de reclamación?</b>	<b>35</b>
<hr/>		

# Definiciones

---

Para efectos de este Contrato se entenderá:

- 1 Accidente**  
Un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al Asegurado ocasionándole daño(s) corporal(es).
- 2 Antigüedad**  
Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto en forma continua con esta Aseguradora.
- 3 Asegurado**  
Es la persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente cubierto por esta póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.
- 4 Asegurado titular**  
Es la persona que tiene alguna relación contractual con el Contratante y pertenece al Grupo asegurado.
- 5 Aseguradora**  
Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
- 6 Círculo Médico**  
Son los médicos, profesionistas independientes, con quienes esta Aseguradora tiene celebrado un convenio en el que se especifica el nivel de honorarios que regularmente cobran cada uno de ellos.
- 7 Coaseguro**  
Cantidad que pagará el Asegurado del total de los gastos cubiertos por esta póliza una vez descontado el deducible contratado.
- 8 Contratante**  
Persona física o moral que interviene en la celebración del Contrato, misma que para efectos de éste, será la responsable del pago de la prima.
- 9 Deducible**  
Cantidad inicial que debe pagar el Asegurado por cada enfermedad o accidente cubierto por esta póliza.
- 10 Dependientes económicos**  
El cónyuge del Asegurado titular y sus hijos. Si el Asegurado titular es soltero, sus padres serán considerados dependientes económicos, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación.



**11 Eliminación o reducción de periodos de espera**

Es el beneficio que otorga la Aseguradora con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra aseguradora, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de los padecimientos descritos en la Cobertura básica.

**12 Endoso**

Documento que forma parte del Contrato, modificando y/o adicionando sus condiciones generales.

**13 Enfermedad o padecimiento**

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico profesional independiente legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

**14 Expediente médico**

Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de Aviso de Accidente o Enfermedad y el Informe Médico establecido por GNP. Así mismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la Salud .

**15 Extraprima**

Es la cantidad adicional que la parte contratante del seguro se obliga a pagar a la Aseguradora, por cubrir un riesgo agravado.

**16 Honorarios médicos**

Pago que obtiene el médico profesional independiente legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Asegurados de acuerdo al tabulador contratado.

**17 Hospitalización**

Es la permanencia del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

**18 Inicio de cobertura**

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato de seguro.

Si la póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad. Si el Asegurado decide contratar nuevamente en el futuro su póliza de gastos médicos mayores con la Aseguradora, la nueva fecha de alta será considerada como inicio de cobertura.

**19 Órtesis o aparatos ortopédicos**

Aditamento mecánico que sirve para suplir una función del sistema músculo-esquelético (férulas, zapatos ortopédicos, entre otros).

**20 Padecimientos preexistentes**

Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento:

- Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
- Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o;
- Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

**21 Pago directo**

Es el pago que realiza directamente la Aseguradora al prestador de servicios independiente, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato.



- 22 Periodo al descubierto**  
Es aquel intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este Contrato. Se genera por la falta de pago de primas.
- 23 Periodo de espera**  
Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de cada Asegurado, a fin de que ciertas enfermedades puedan ser cubiertas por la póliza.
- 24 Plan**  
Conjunto de componentes de la póliza: Suma asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, entre otros, incluyendo sus endosos, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.
- 25 Prima**  
Es la contraprestación prevista en el Contrato de seguro a cargo del Contratante.
- 26 Primer gasto**  
Es el gasto más antiguo en que el Asegurado incurre para la atención de una enfermedad o accidente.
- 27 Programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios**  
Servicio solicitado por el Asegurado y otorgado por la Aseguradora, el cual consiste en confirmar el pago directo al prestador de servicios independiente con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato, antes de que ocurra la intervención quirúrgica, tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria.
- 28 Prótesis**  
Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo.
- 29 Prótesis auditiva**  
Pieza, prótesis o implante especial con la cual se mejora la audición.
- 30 Reclamación o solicitud de servicios**  
Es el trámite que efectúa el Asegurado ante la Aseguradora, para obtener los beneficios de este Contrato a consecuencia de una enfermedad o accidente. La Aseguradora define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.
- 31 Reembolso**  
Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto. La Aseguradora reintegrará la suma que corresponda después de aplicar las condiciones contratadas al propio Asegurado o a la persona que éste decida.
- 32 Renovación**  
Emisión consecutiva de la póliza por un periodo igual.
- 33 Reporte desde el hospital**  
Servicio en el que la Aseguradora puede ofrecer el pago directo a los prestadores de servicios independientes, previa valoración y dictamen, notificando el resultado del mismo al Asegurado durante su estancia hospitalaria.
- 34 Salud**  
Salud es el bienestar biológico objeto de este Contrato.
- 35 Suma asegurada**  
Es el límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora, convenido para cada cobertura y aplicable por enfermedad o accidente y ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

**36 Tabulador de Honorarios Médicos**

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Aseguradora para cada uno de éstos.

**37 Urgencia médica o emergencia médica**

Es una enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

**38 Vigencia**

Periodo de validez del Contrato.

# Cobertura básica

---

El objeto de este Contrato es resarcir al Asegurado de los gastos en que incurra, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud biológica de acuerdo a un diagnóstico médico definitivo, dentro de los límites y condiciones que a continuación se señalan.

Lo anterior, tendrá lugar siempre que los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana, el Asegurado se encuentre dentro del periodo de vigencia y la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente.

## Gastos a cargo de la Aseguradora

Son aquellos que conforme a las condiciones de este Contrato, resulten procedentes de la atención médica, tales como:

- 1 Honorarios por consultas médicas, tratamiento médico y/o quirúrgico se pagarán de acuerdo a:
  - a) Los honorarios de los médicos que pertenezcan al Círculo Médico contratado, serán cubiertos con base en los montos económicos y políticas de aplicación de tabulador convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Para tal efecto deberá identificarse como Asegurado con el médico.
  - b) Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al Círculo Médico contratado, serán cubiertos de acuerdo a los tabuladores establecidos para el plan contratado.

Las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención, se incluirán dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

- 2 Hospital, clínica o sanatorio, considerados dentro del plan contratado, en el cual se lleve a cabo el tratamiento médico necesario para restablecer la salud del Asegurado. Comprenden el costo de un cuarto privado estándar, alimentos y paquete de admisión.
- 3 Sala de operaciones, recuperación y curaciones.
- 4 Equipo de anestesia, gases y medicamentos requeridos por el médico anesthesiologo.
- 5 Análisis de laboratorio, gabinete e imagenología que comprenden estudios desde la biometría hemática o estudios de rayos X, electrocardiogramas, electroencefalogramas hasta la utilización de estudios de punta como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética o los estudios con isótopos radioactivos y cualquier otro estudio necesario que haya sido utilizado para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de una enfermedad o accidente amparada por esta póliza. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y la enfermedad o accidente esté cubierto por la póliza y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

- 6 Costo de cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado.
- 7 Medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio. Solamente se cubren las medicinas prescritas por los médicos tratantes y relacionadas con el padecimiento cubierto y autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional. Para el reembolso, se deberá presentar la factura a nombre del Asegurado o del Asegurado titular de la póliza y las recetas correspondientes.
- 8 Honorarios de enfermeras independientes legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre que sus servicios hayan sido prescritos por el médico tratante y hasta un periodo máximo de 30 días por enfermedad o accidente. El pago de honorarios estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos que forma parte de la póliza y de acuerdo al plan contratado.
- 9 Transfusión de sangre, plasma, sueros y soluciones intravenosas indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto.
- 10 Estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
- 11 Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza. •
- 12 Ambulancia de traslado terrestre (independiente del servicio de Médica Móvil), dentro de la localidad donde se atiende la enfermedad o accidente y como consecuencia del siguiente evento:
  - Para traslados del hospital al domicilio y del domicilio al centro de atención, siempre y cuando sean médicamente necesarios
- 13 Ambulancia aérea en caso de urgencia médica. La Aseguradora cubrirá el importe de los gastos erogados por la contratación de este servicio en territorio nacional, siempre y cuando éste se requiera como consecuencia de una urgencia médica de una enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones de la póliza y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente.

Si el Asegurado cuenta con el beneficio de Médica Móvil, podrá operar el sistema de pago directo y en caso de optar por otra empresa, los gastos se cubrirán vía reembolso. El paciente debe ser estabilizado médicamente, en tanto el personal médico de Médica Móvil llega al lugar (hospital, clínica, domicilio) para trasladarlo. Cabe señalar que Médica Móvil no proporciona servicios de rescate.

En ambos casos se aplicará un coaseguro del 20%. Este coaseguro es independiente del tope máximo definido en el apartado de Gastos a cargo del Asegurado.

La Aseguradora cubrirá la indemnización en los términos anteriores, pero no se responsabiliza de la contratación del servicio, ni de sus características o condiciones.
- 14 Gastos médicos derivados de la práctica no profesional de cualquier deporte, incluyendo deportes peligrosos.
- 15 Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y quimioterapia prescritos por el médico tratante.
- 16 Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el estrabismo de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre Asegurada haya cumplido con el periodo de espera de 10 meses en la póliza a la fecha del nacimiento del Asegurado.
- 17 Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético) que sean indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.
- 18 Servicios extrahospitalarios: programación de tratamientos que incluyen medicamentos especializados, rehabilitación física y pulmonar, alimentación parenteral, todo ello mediante la prescripción médica.
- 19 Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, debidamente sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el accidente.

## Enfermedades y tratamientos con periodo de espera

- 20** En los padecimientos a continuación mencionados, el Asegurado deberá cumplir con al menos 12 meses de cobertura continua en la póliza, aún cuando se trate de una urgencia médica o un accidente:

Nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo (cuando sea en columna vertebral inclusive extrusión y protrusión), tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas), padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y de vías urinarias.

Estos padecimientos no quedarán cubiertos si son preexistentes.

**El periodo de espera de 12 meses, no aplica en las pólizas de grupo con más de 50 Asegurados para los padecimientos antes mencionados.**

- 21** El Asegurado deberá cumplir con al menos 12 meses de cobertura continua en la póliza para cubrir circuncisión y sus complicaciones.

- 22** El Asegurado deberá cumplir con al menos 48 meses de cobertura continua en la póliza para cubrir el siguiente padecimiento:

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes o durante este periodo. Durante este mismo periodo, no se cubrirán los gastos de diagnóstico para detectar el virus.

**No aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera para el padecimiento arriba mencionado.**

## Parto, cesárea y sus complicaciones

- 23** Cobertura de la madre Asegurada

Mediante esta cobertura, la Aseguradora será responsable de cubrir los gastos médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto o cesárea, hasta por 10 SMGM\*, sin aplicar deducible ni coaseguro. Esta cobertura aplica siempre y cuando el deducible contratado sea menor o igual a la Suma asegurada por parto o cesárea.

En caso de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, la Aseguradora sólo será responsable de pagar los gastos médicos en que incurra la madre Asegurada por la atención que reciba a consecuencia de las siguientes complicaciones:

- a) Embarazo extrauterino
- b) Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo
- c) Mola hidatiforme (embarazo molar)
- d) Sepsis puerperal (fiebre puerperal)
- e) Placenta previa
- f) Placenta acreta

Esta cobertura aplicará, siempre y cuando la Asegurada cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza con la Aseguradora a la fecha del nacimiento.

\*SMGM: Salario Mínimo General Mensual, vigente en el Distrito Federal.



## Exclusiones

**Esta cobertura no aplica para los siguientes eventos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de tratamiento:**

- a) **Óbito**
- b) **Aborto**
- c) **Complicaciones del embarazo, parto y puerperio que no se encuentren explícitamente cubiertas en esta cobertura**
- d) **Complicaciones del embarazo cuando sea como consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco a los que presente la madre. Para este inciso, en caso de urgencia médica aplican los términos del apartado de Emergencia de gastos médicos mayores no cubiertos**

### 24 Cobertura del recién nacido

Aquéllos menores que nazcan durante la vigencia de la póliza y que su madre cumpla con los requisitos de antigüedad aplicables para la cobertura de parto, cesárea y sus complicaciones (10 meses), quedarán asegurados en la póliza desde su nacimiento sin necesidad de selección médica ni solicitud de ingreso, cubriéndoles padecimientos congénitos, prematuridad y/o complicaciones que se presenten a partir de la fecha de su nacimiento.

Para tal fin, el Asegurado titular y/o Contratante deberá notificar por escrito a la Aseguradora el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del mismo, según lo estipulado en el inciso 6 del apartado de Cláusulas generales.

Para la cobertura de padecimientos congénitos, las condiciones de la reclamación se establecerán con base en la póliza vigente 10 meses antes del nacimiento.

## Exclusiones

**Esta cobertura no aplica para las siguientes enfermedades y sus complicaciones:**

- a) **Padecimientos congénitos o prematuridad, originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor Asegurado**
- b) **Padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otra enfermedad excluida en la cobertura de la madre Asegurada**

### 25 Emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos

Con este beneficio, la Aseguradora cubrirá en territorio nacional los gastos originados a partir de cualquier urgencia médica por la complicación de los tratamientos y/o estudios de prevención de los siguientes conceptos, hasta la recuperación de la salud del Asegurado o hasta el límite de Suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero:



- a) Tratamientos estéticos y de calvicie
- b) Tratamientos dietéticos, de obesidad y complementos vitamínicos
- c) Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal o impotencia sexual
- d) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales
- e) Estudios de prevención: exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud o check-ups
- f) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, aunque sean proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos

En caso de no existir urgencia médica prevalecen las condiciones de la Cobertura básica, mismas que las excluyen.

### **Exclusiones:**

- a) De los conceptos antes descritos en los incisos "a" al "f", aquéllos que sean preexistentes a la contratación de esta póliza**
- b) Exclusiones a la Cobertura básica que no correspondan a lo descrito en los incisos "a" al "f" citados**

Para hacer válida esta cobertura se deberá cumplir con los periodos de espera establecidos para los padecimientos que lo requieran.

La Suma asegurada para esta cobertura dependerá de los siguientes criterios:

- Para grupos con Sumas aseguradas menores a \$500,000 pesos: la Suma asegurada para esta cobertura será la del plan contratado.
- Para grupos con Sumas aseguradas mayores a \$500,000 pesos: el tope de Suma asegurada para esta cobertura será de \$500,000 pesos.

En caso de recibir la atención médica en territorio extranjero se aplicará el equivalente a la Suma asegurada en pesos, convertida al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera, pagaderas en la República Mexicana que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, de la fecha en que se hicieron los gastos, en este caso se aplicarán las políticas de la Cláusula de atención en el extranjero.

Los gastos procedentes para efectos de esta cobertura, se determinarán descontando al total de los gastos erogados por el Asegurado, el costo determinado por la Aseguradora para el(los) tratamiento(s) efectuado(s) de acuerdo al plan contratado. Del mismo modo, se descontarán los gastos originados por conceptos que normalmente no están cubiertos por esta póliza.

Para este beneficio aplica deducible y coaseguro contratado en la Cobertura básica.

Para la cobertura de parto y cesárea aplicarán las condiciones especificadas en la Cobertura básica en el apartado de Parto, cesárea y sus complicaciones excepto en caso de urgencia médica para el inciso "d" de exclusiones de dicha cobertura, en cuyo caso aplica esta cláusula.

### **26 Padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza**

Con esta cobertura, la Aseguradora cubrirá los gastos originados por los padecimientos congénitos que presenten Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza y que cumplan con las siguientes características:

- No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza
- No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza
- El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas en la Cobertura básica.

## 27 Cláusula de atención en el extranjero

Mediante este beneficio el Asegurado podrá atenderse en territorio extranjero cualquier enfermedad y/o accidente cubierto, bajo las condiciones generales del Contrato.

En cualquier caso, el monto máximo a cubrir por esta cláusula será de acuerdo a la siguiente tabla:

Región	Premier 100		Premier 200		Premier 300 y 400	
	Primeros \$100,000 pesos	Resto del gasto	Primeros \$100,000 pesos	Resto del gasto	Primeros \$100,000 pesos	Resto del gasto
<b>Metropolitano<sup>(1)</sup></b>	50%	25%	40%	20%	35%	17.5%
<b>Noreste<sup>(2)</sup></b>	40%	20%	35%	17.5%	30%	15%
<b>Noroeste<sup>(3)</sup></b>	30%	15%	25%	12.5%	20%	10%
<b>Occidente<sup>(4)</sup></b>	30%	15%	25%	12.5%	20%	10%
<b>Sureste<sup>(5)</sup></b>	30%	15%	25%	12.5%	20%	10%

\*El monto máximo de cobertura será la Suma asegurada contratada para la Cobertura básica.

Esta cláusula sólo podrá aplicarse a grupos con Sumas aseguradas mayores a 100 SMGM (Salario Mínimo General Mensual, vigente en el Distrito Federal).

Al monto procedente de acuerdo a las condiciones de la póliza, se le aplicará el porcentaje correspondiente al plan y la región y después se le descontará el deducible y coaseguro contratados como cualquier otra enfermedad.

Si la reclamación es derivada de un padecimiento cubierto por Emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos, primero se le aplicará el porcentaje correspondiente al plan y la región (estado), después se le descontará el deducible y coaseguro y se pagará hasta la Suma asegurada especificada para cada cobertura.

<sup>(1)</sup> Incluye el D.F., Estado de México, Hidalgo, Querétaro, Morelos y Guerrero.

<sup>(2)</sup> Incluye los estados de Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas y Durango.

<sup>(3)</sup> Incluye los estados de Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sonora y la ciudad de Los Mochis.

<sup>(4)</sup> Incluye los estados de Jalisco, Colima, Nayarit, Sinaloa, San Luis Potosí, Zacatecas, Aguascalientes, Michoacán y Guanajuato.

<sup>(5)</sup> Incluye los estados de Puebla, Tlaxcala, Oaxaca, Veracruz, Yucatán, Campeche, Tabasco, Chiapas y Quintana Roo.

## ***Exclusiones a la cobertura básica***

---

Esta póliza NO CUBRE gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades y/o accidentes, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

Padecimientos del Asegurado iniciados previamente a la contratación de esta póliza con la Aseguradora:

1. Padecimientos preexistentes, según se indica en el apartado de Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones.
2. Prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta póliza, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura de padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza.
3. Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, independientemente de sus causas u orígenes.
4. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de esta póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.
5. Cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.

**Por no considerarse médicamente necesarios:**

- 6. Acompañantes en el traslado y estancia del Asegurado como paciente en hospitales, ni los gastos que se deriven de gestiones administrativas por esta misma causa.**
- 7. Gastos de peluquería, barbería y pedicurista.**
- 8. Compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.**
- 9. Tratamientos estéticos y de calvicie.**

**Por presentarse con alta frecuencia:**

- 10. Tratamientos dietéticos por obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.**
- 11. Complementos vitamínicos.**
- 12. Curas de reposo, check ups, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio lugar a la reclamación.**
- 13. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores de órganos para el Asegurado.**
- 14. Anteojos, lentes de contacto externos o internos, prótesis auditivas y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la audición.**
- 15. La compra de zapatos ortopédicos aunque sean médicamente necesarios.**
- 16. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, no indispensables según lo contemplado en el inciso 19 del apartado de Gastos a cargo de la Aseguradora.**
- 17. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
- 18. Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo.**
- 19. Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge o hermanos).**

**Por causar controversia para la práctica médico científica o por ser considerados tratamientos experimentales o de beneficio incierto para los Asegurados:**

- 20. Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje, lenguaje o audición aun a consecuencia de enfermedades o accidentes cubiertos, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis. Estudios o tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos independientemente de sus orígenes o consecuencias.**
- 21. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.**
- 22. Tratamientos experimentales o de investigación.**

**Por considerar que el Asegurado agravó el riesgo y sus consecuencias:**

- 23. Enfermedades y/o accidentes originados a consecuencia del alcoholismo, toxicomanía y/o drogadicción.**
- 24. Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.**
- 25. Enfermedades y/o accidentes resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.**
- 26. Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, ni aquéllos derivados de riñas en que el Asegurado haya participado directamente siempre y cuando sea el provocador.**
- 27. Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- 28. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 29. Padecimientos resultantes de la participación del Asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**

- 30. Padecimientos resultantes de la práctica de Motonáutica y Automovilismo (Fórmula I, II, III, V, Serie Cart, Rally o cualquier otra categoría equivalente en riesgo) en cualquiera de sus modalidades, aun cuando se practiquen de manera ocasional, no profesional y profesional.**
- 31. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea aérea comercial.**

# ***Gastos a cargo del Asegurado***

---

## **Deducible**

Aplicará en todos los casos para cada enfermedad o accidente cubierto con las condiciones vigentes en el Contrato, al momento de realizarse el primer gasto y una sola vez por enfermedad o accidente. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de la Aseguradora.

En toda reclamación es necesario que el total de los gastos procedentes, sea superior al deducible contratado, exceptuando complementos de enfermedades cubiertas.

## **Coaseguro**

Aplicará para todos los gastos cubiertos por la póliza relacionados con la atención médica recibida por el Asegurado, una vez descontado el deducible. Se aplicará para cada enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

El monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de coaseguro será de \$30,000 pesos por cada enfermedad o accidente cubierto.

Si el Asegurado decide acudir a un hospital que no se encuentre clasificado dentro del plan contratado, participará con 20 puntos porcentuales, adicionales al coaseguro elegido sobre los gastos de hospitalización, por cada nivel de hospital que ascienda; para este porcentaje no aplica el tope de coaseguro.

En caso de que el Asegurado participe con un coaseguro adicional al contratado, dicha participación no será acumulable para el tope de coaseguro antes mencionado.

# Cláusulas generales

---

## 1. Contrato

Mediante este Contrato, la Aseguradora se obliga en términos y condiciones del mismo, a pagar al Asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención médica requerida como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.

Para todos los efectos legales, formarán parte de este Contrato:

Las declaraciones hechas por el Asegurado o sus representantes en la solicitud-cuestionario, anexo del cuestionario médico, el clausulado general y especial, los endosos, los tabuladores de honorarios médicos y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

## 2. Modificaciones

Cualquier modificación al presente Contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Por lo anterior, el agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por la Aseguradora, NO podrá hacer modificaciones ni concesiones.

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones” (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

## 3. Notificaciones

Cualquier notificación relacionada con este Contrato deberá hacerse por escrito y en los domicilios señalados por las partes en este Contrato.

## 4. Cambio de Contratante

Si hay cambio de Contratante, la Aseguradora podrá rescindir el Contrato en los siguientes 30 días contados a partir de la fecha en que se le notificó dicho cambio y sus obligaciones terminarán precisamente al cumplirse 30 días después de la fecha de notificación que se haga de la rescisión al nuevo Contratante. La Aseguradora devolverá al nuevo Contratante la parte proporcional de prima que corresponda al tiempo no transcurrido de la vigencia inicialmente contratada.

## 5. Movimientos de los Asegurados

El Contratante se obliga a reportar a la Aseguradora los movimientos de altas de Asegurados dentro de los 30 días siguientes en que se hayan realizado. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, traerá como consecuencia que la Aseguradora, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento.



Cuando un Asegurado sea dado de baja, el Contratante deberá dar aviso por escrito de este hecho. La responsabilidad de la Aseguradora cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento. En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato, el seguro continuará en vigor para ese Asegurado y el Contratante cubrirá la prima correspondiente.

Si no existe una relación contractual entre el Asegurado titular y el Contratante, la Aseguradora tendrá pleno derecho en dar de baja al Asegurado y cobrar la prima correspondiente por el tiempo que estuvo asegurado, o en su defecto cobrar el importe total más gastos de administración de la enfermedad y/o accidente cubierto por la póliza en caso de haber siniestro.

## 6. Altas de Asegurados

Los hijos de Asegurados que nazcan dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas, siempre y cuando, la madre tenga al menos 10 meses continuos de cobertura en la póliza al momento del nacimiento:

- \* **Grupos con menos de 50 Asegurados y Grupos en los cuales el Asegurado participe en el pago de la prima de él o de alguno de los dependientes económicos:** es requisito indispensable que la Aseguradora haya sido notificada dentro de los 30 días naturales de ocurrido el hecho, en caso contrario, deberá presentar pruebas médicas.
- \* **Grupos auténticos no contributivos:** se deberá dar aviso a más tardar a la fecha de renovación de la póliza, en caso contrario, deberá presentar pruebas médicas.

Del mismo modo, si el Asegurado contrae nupcias dentro de la vigencia del Contrato, podrá formar parte del Grupo asegurado, siempre y cuando:

- \* **Grupos con menos de 50 Asegurados y Grupos en los cuales el Asegurado participe en el pago de la prima de él o de alguno de los dependientes económicos:** es requisito indispensable que la Aseguradora haya sido notificada dentro de los 30 días naturales después del matrimonio y se apruebe por la Aseguradora.
- \* **Grupos auténticos no contributivos:** es requisito indispensable que la Aseguradora haya sido notificada por escrito del matrimonio, a más tardar a la fecha de renovación de la póliza.

En caso de no cumplirse alguno de los requisitos anteriores, su aceptación quedará sujeta a la aprobación por parte de la Aseguradora, previa presentación de la solicitud-cuestionario y anexo del cuestionario médico del nuevo Asegurado.

Como parte de la notificación por escrito a la Aseguradora, se requerirá documentación comprobatoria, tal como acta de nacimiento y/o acta de matrimonio.

En ambos casos, una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

## 7. Bajas de Asegurados

La notificación para dar de baja a algún(os) Asegurado(s) de la póliza deberá ser por escrito y firmado por el Asegurado titular o Contratante al dejar de pertenecer al Grupo asegurado.

La Aseguradora devolverá al Contratante la parte de la prima correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la póliza.

## 8. Eliminación o reducción de periodos de espera

Para este beneficio, la Aseguradora reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) compañía(s), únicamente para efectos de la reducción de los periodos de espera descritos en el apartado de Enfermedades y tratamientos con periodos de espera a excepción de SIDA.

## 9. Renovación

Este contrato se renovará en forma automática por un periodo de un año en los mismos términos y condiciones en que originalmente fué contratado a menos de que el Contratante de aviso a la Compañía de que es su voluntad no renovarlo dentro de los últimos 30 días de vigencia de su póliza.



El pago de la prima correspondiente, autorizado y expedido por la Aseguradora, será la prueba de renovación para el Contratante.

El Asegurado y/o Contratante perderá el derecho de renovar su póliza, si la Aseguradora comprueba que hubo dolo, mala fe, o de acuerdo a lo estipulado en el apartado de Omisión o inexactas declaraciones de las Cláusulas generales.

## 10. Rehabilitación

Si el Contratante paga la prima correspondiente después del plazo señalado en la carátula de la póliza, la póliza quedará rehabilitada a consideración de la Aseguradora.

Si el Contratante paga la prima correspondiente después del inicio de vigencia de los recibos subsecuentes, la póliza quedará rehabilitada a consideración de la Aseguradora.

La rehabilitación contemplada en esta cláusula deberá constar en el recibo de pago emitido por la Aseguradora, o en cualquier otro documento emitido posteriormente, sólo para fines administrativos y sin perjuicio de sus efectos automáticos en beneficio de los Asegurados.

## 11. Cancelación anticipada de Contrato

Este Contrato será cancelado si el Asegurado titular y/o Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en la carátula de la póliza.

El Contratante podrá dar por terminado anticipadamente el Contrato, notificándolo con 15 días naturales de anticipación; contando la Aseguradora con 15 días naturales después de recibida la notificación, para realizar cualquier aclaración. Transcurrido este plazo, se considera aceptada la terminación del Contrato, devolviendo la Aseguradora el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

En caso de que alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión, la Aseguradora podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el Art. 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, devolviendo la prima no devengada correspondiente.

## 12. Moneda

Todas las obligaciones de pago de este Contrato serán pagaderas en Moneda Nacional.

Los gastos cubiertos que se originen en el extranjero, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio, estipulado por el Banco de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación para la moneda y la fecha en la que el Asegurado haya recibido los servicios médicos.

## 13. Forma de pago

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima: semestral, trimestral o mensual. A estos pagos parciales se les aplicará una tasa de financiamiento previamente pactada entre la Aseguradora y el Asegurado o Contratante en la fecha de celebración del Contrato.

## 14. Plazo para el pago

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del Contrato. El plazo para el pago de la misma o la primera fracción de ella según se establezca en la carátula de la póliza.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, venciendo éstos a las doce horas del primer día de la vigencia del periodo que comprendan.

“Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro”.



Por lo que, en caso de incumplimiento del pago en cualquiera de sus modalidades, el Contrato se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

En caso de indemnización por causa de siniestro, la Aseguradora podrá deducir de ésta, el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima correspondiente del periodo de seguro contratado.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el lugar establecido en el Contrato y a falta de convenio expreso, en las oficinas de la Aseguradora, contra la entrega del recibo correspondiente.

## 15. Indemnización por mora

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, quedará obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio, de conformidad con lo establecido por lo dicho en el Artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

## 16. Edad

Los límites de edad de aceptación para este Contrato son desde el nacimiento hasta los 64 años.

Si al momento de celebrar este Contrato el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, la Compañía no podrá exigirle con posterioridad nuevas pruebas.

Si por su edad algún Asegurado queda fuera de los límites fijados por este Contrato, la Aseguradora podrá rescindir los beneficios de esta póliza para este Asegurado. La Aseguradora devolverá al Contratante el 60% de la prima de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, sin incluir el derecho de póliza. La Aseguradora ejercerá esta acción al momento de conocer el hecho.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima mayor a la de su edad real, la Aseguradora devolverá al Contratante el 60% de la prima que hubiese pagado en exceso calculada a partir de la fecha en la que la Aseguradora tenga conocimiento. El nuevo monto de la prima se fijará de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, la Aseguradora solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato (Artículo 161 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

## 17. Ocupación

Si el Asegurado cambia a una ocupación que agrave el riesgo modificando las condiciones de su Contrato inicial, deberá avisar por escrito a la Aseguradora. Ésta se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si la Aseguradora acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien, excluirá las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito a la Aseguradora, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación.

## 18. Residencia

Para efectos de este Contrato solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante y/o Asegurado tienen la obligación de notificar a la Aseguradora el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del titular.

Si el Asegurado permanece en el extranjero por más de tres meses y hasta un máximo de 12 meses continuos, deberá informar previamente a la Aseguradora y pagar una prima adicional. Si el Asegurado no cumple con esta disposición o excede el término mencionado, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato.

La Aseguradora podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.

## 19. Omisiones o inexactas declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Asegurado o representante de éste, declarar por escrito en los formularios previamente elaborados por la Aseguradora, todos los hechos importantes que conozca o deba conocer al momento de la celebración del Contrato.

En caso de omisión o falsa declaración del Asegurado y/o representante de éste, al momento de anotar las declaraciones en la solicitud-cuestionario y anexo del cuestionario médico respectivos, la Aseguradora podrá rescindir el Contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto en el Artículo 47 en relación con el 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

## 20. Suma asegurada

La Suma asegurada aplicará en forma independiente para cada cobertura contratada, así como padecimiento y/o accidente con sus secuelas y complicaciones.

## 21. Pago de indemnizaciones

Una vez recibidos todos los documentos, datos e informes que permitan a la Aseguradora dictaminar si procede una indemnización, la Aseguradora le pagará al Asegurado titular o a la persona designada por éste, en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de recepción de documentos.

La Aseguradora no pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios; ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes.

El cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:

Cirujano	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto
Anestesiólogo	30% de lo tabulado para el cirujano
Primer Ayudante	20% de lo tabulado para el cirujano
Segundo Ayudante	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, la Aseguradora únicamente pagará el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

Si en una misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, a excepción de los honorarios médicos del anestesiólogo que serán cubiertos hasta un máximo del 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.

Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se pagarán al 100% de lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, arteriorrafias, tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el 50% del importe tabulado para la más elevada y el 25% del monto tabulado para las restantes.

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten 2 padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

- Honorarios médicos: de acuerdo a lo estipulado para el padecimiento cubierto, en la Tabla de Honorarios Médicos
- Anestesiólogo, ayudante, etc.: de acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la Tabla de Honorarios Médicos para padecimientos cubiertos
- Hospital: se pagará el 60% de la factura total

Para intervenciones cardiovasculares, que requieran bomba extracorpórea, el cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico, se hará de la siguiente manera:

Cirujano	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto
Anestesiólogo	30% de lo tabulado para el cirujano
Ayudantía	30% de lo tabulado para el cirujano
Cardiólogo intensivista	14% de lo tabulado para el cirujano
Técnico de bomba extracorpórea	10% de lo tabulado para el cirujano
Instrumentista	4% de lo tabulado para el cirujano

En aquéllos procedimientos en que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo, siempre y cuando no esté especificado en la Tabla de Honorarios Médicos que se trata de un procedimiento bilateral, se cubrirán los honorarios médicos calculando un 50% más sobre lo tabulado.

Los honorarios médicos de los procedimientos realizados por vía endoscópica serán calculados con un 10% más de lo tabulado para la vía convencional, siempre y cuando no se especifique en la Tabla de Honorarios Médicos que se trata de un procedimiento endoscópico.

## 22. Prescripción

Todas las acciones derivadas de este Contrato de seguro prescriben a los 2 años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen (Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro), salvo las excepciones consignadas en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

## 23. Periodo de beneficio

Si la póliza se renueva anualmente y sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos por cada enfermedad y/o accidente sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos, conservando las condiciones del plan vigente en el momento del primer gasto o fecha de inicio de signos y síntomas por atención de la enfermedad y/o accidente.

Para poder acceder a este beneficio la póliza deberá ser renovada en el mismo plan o en un plan con mayores beneficios en lo que a deducible, coaseguro, suma asegurada, tabuladores y hospitales se refiere.

**Si cambia a un plan menor se le pagará con las condiciones de suma asegurada y tabulador menor y deducible y coaseguro mayor de ambos planes.**

Si la póliza se cancela o no se hace la renovación anual, no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de fin de vigencia o cancelación de la póliza, aún cuando la reclamación haya iniciado dentro de la vigencia de la póliza.

## 24. Otros seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en ésta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a esta Aseguradora fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización.

## 25. Competencia

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, podrán hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En caso de que el reclamante opte por demandar, podrá acudir ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

## 26. Cláusula de arbitraje

En caso de ser notificado de la improcedencia de su reclamación como consecuencia de una enfermedad preexistente por parte de la institución de seguros, el reclamante podrá optar por acudir ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo, a un arbitraje privado.

La institución aseguradora acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, el cual vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la institución aseguradora.

## 27. Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

# Cláusulas opcionales

---

Los siguientes Beneficios opcionales los podrá contratar cualquier Asegurado y/o Contratante que tenga contratada una póliza de Gastos Médicos con esta Aseguradora y tendrá un costo adicional al de la Cobertura básica.

## Membresía Médica Móvil

Por el pago de la prima correspondiente, los Asegurados de Línea Azul cuentan con una membresía que puede ser utilizada en las ciudades en donde Médica Móvil brinde sus servicios, la cual incluye las siguientes coberturas:

- 1. Orientación Médica Telefónica (a nivel nacional).**  
Se proporciona en situaciones simples, en las que la atención telefónica es suficiente para resolver padecimientos como: tos seca irritativa, dolor muscular, golpes contusos y cefaleas leves, siempre y cuando no se encuentren complicados con otra sintomatología.
- 2. Atención Médica Extrahospitalaria de Urgencia (con o sin traslado a un centro hospitalario).**  
Se proporcionará por médicos especialistas a bordo de una unidad móvil de terapia intensiva. Su objetivo es la atención y estabilización del Asegurado en el lugar donde ocurra la urgencia médica, o bien, el traslado a un centro hospitalario para ser atendido. Usted o sus familiares deberán indicar a los médicos a qué hospital quiere ser trasladado.
- 3. Consulta Médica Domiciliaria.**  
Se proporcionará atención médica en el domicilio del Asegurado para solucionar padecimientos no urgentes que requieran la presencia física de un médico.
- 4. Cuidados en el Hogar Médica Móvil.**  
La cobertura de estos servicios serán evaluados por la Aseguradora. En caso de ser procedentes se cubrirán de acuerdo a las condiciones de la póliza. De no ser así, el pago de los mismos serán responsabilidad del Asegurado.

El Asegurado podrá solicitar estas coberturas en las ciudades donde Médica Móvil ofrezca sus servicios (D.F. y su Zona Metropolitana, Guadalajara y Monterrey) y dentro de los límites geográficos estipulados en sus mapas de localización.

El Asegurado pagará el deducible que se indica para cada evento en la carátula de la póliza. Las edades de aceptación y renovación serán las mismas que contempla la Cobertura básica.

Es requisito indispensable la inclusión de todos los integrantes de la póliza.

## Exclusiones

**No se brindará el servicio de Médica Móvil en los siguientes casos:**

- 1. Pacientes que se encuentren en condiciones de psiquiátrico-agresivo, infecto-contagioso, ebrio o drogado-agresivo.**
- 2. Cuando el Asegurado que requiera el servicio, se encuentre fuera de la zona geográfica que se indica en el mapa de localización de Médica Móvil.**

## Cláusula de Emergencia Médica en el Extranjero

Mediante el pago de esta cobertura, la Aseguradora se obliga a pagar los gastos que sean erogados dentro de la vigencia de la póliza por causa de una urgencia médica en el extranjero.

Para que pueda surtir efecto esta cláusula, el Asegurado deberá presentar una urgencia médica tal y como se define en el Contrato y ajustarse a los términos y condiciones siguientes:

1. La Suma asegurada máxima es el equivalente en Moneda Nacional a \$50,000 dólares.
2. El Asegurado tendrá a su cargo un deducible equivalente en Moneda Nacional a \$50 dólares.
3. Para el pago de la reclamación, la Aseguradora siempre aplicará el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del país donde se atiende la urgencia médica.

Se considerarán terminados los beneficios de esta cobertura, una vez que se establezca y controle la condición de urgencia médica del Asegurado, al expedirse el alta del servicio de urgencias o de hospitalización únicamente por la causa que da origen o hasta que se agote la Suma asegurada, lo que ocurra primero.

Las edades de aceptación para esta cláusula son a partir de los 31 días de nacido y hasta los 64 años.

Únicamente se cubrirán las siguientes complicaciones del embarazo y del parto, siempre y cuando la madre Asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza al momento de la complicación:

- a) Embarazo extrauterino
- b) Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo
- c) Mola Hidatiforme (embarazo molar)
- d) Sepsis puerperal (fiebre puerperal)
- e) Placenta previa
- f) Placenta acreta

Se excluye cualquier otra complicación del embarazo distinta a la de los incisos anteriores.

- Se cubrirán los gastos del recién nacido a partir del trigésimo primer día de nacido, según las condiciones de esta cláusula
- Se cubrirán los gastos de habitación correspondientes a la tarifa de cuarto semiprivado

## Exclusiones adicionales a la Cobertura básica:

**Esta cobertura no aplicará en caso de:**

- 1. Complicaciones por enfermedades preexistentes sin importar su origen y tiempo de aparición.**
- 2. Parto o cesárea, cualquiera que sea su causa o complicación.**
- 3. Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- 4. Tratamientos de rehabilitación.**

5. **Ningún estudio o cirugías previamente programadas. Ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la urgencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**
6. **No se pagarán gastos originados por accidentes y/o enfermedades ocurridos en la República Mexicana o en otro país diferente a donde fue atendida la urgencia médica originalmente, sus consecuencias o complicaciones, sean éstas o no el motivo de la estancia o del viaje.**

La Aseguradora pagará la indemnización en Moneda Nacional al tipo de cambio a la venta, estipulado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, para esa moneda y considerando como fecha aquella en que se haya erogado el gasto.

Es requisito indispensable la inclusión de todos los integrantes de la póliza.

### **Cláusula Familiar**

Ésta podrá ser contratada adicionalmente y pagando la prima correspondiente. En caso de contratación de esta cláusula la Aseguradora eximirá durante los siguientes 5 años del pago de la prima respectiva a los dependientes económicos que se encuentren cubiertos en la póliza al momento del fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado titular de esta póliza, con motivo de un accidente o enfermedad cubierta por la Cobertura básica. Para efecto de esta cláusula, los hijos deben ser menores de 26 años.

La Aseguradora no asumirá esta obligación si el Asegurado titular fallece o se invalida por participar directamente en actos delictivos intencionales o a consecuencia de padecimientos preexistentes a la contratación de esta cláusula.

Al iniciar el beneficio de esta cláusula, los dependientes económicos del Asegurado titular estarán cubiertos por los planes de Gastos Médicos Mayores del Seguro Individual bajo las condiciones vigentes en ese momento. Éstas se ajustarán conforme se actualice el Contrato de seguro.

Para que esta cláusula surta efecto, el Asegurado titular deberá ser el principal sostén económico del hogar y sus ingresos deberán comprobarse al momento de ocurrir su fallecimiento o invalidez total y permanente. Para esta cláusula, la edad de aceptación será la misma que se contempla en la cláusula 16 de las Cláusulas generales.

Es requisito indispensable la inclusión de todos los integrantes de la póliza.

### **Cláusula de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero**

En caso de contratación de esta Cláusula el Asegurado podrá atenderse en el extranjero las enfermedades cubiertas y originadas durante la vigencia de esta cobertura.

Esta Cláusula cubrirá los gastos por hospitalización, honorarios médicos y otros servicios médicos que se originen como consecuencia de los siguientes padecimientos:

- Cáncer (excluido cáncer de piel)
- Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares
- Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía (operación de tórax abierto). Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombólisis u otras enfermedades con tratamientos similares
- Trasplante de los siguientes órganos: corazón, hígado, médula ósea y pulmón

Sólo quedarán cubiertos por esta Cláusula, los padecimientos que inicien a partir de la contratación de la misma.

El beneficio de esta Cláusula está sujeto a la valoración y autorización previa de la Aseguradora, debiendo el Asegurado solicitarla por lo menos 10 días hábiles antes de la atención médica, para realizar el pago directo e indicarle al Asegurado el procedimiento a seguir.

Será requisito indispensable para este beneficio, que la Aseguradora realice la gestión de la programación de tratamiento correspondiente con los proveedores de los servicios médicos independientes previamente sugeridos por ella y aceptados por el Asegurado.

La Suma Asegurada para esta cláusula será la misma que se contrate para la cobertura básica de la póliza y el deducible, será el mismo que se contrate para la cobertura básica de la póliza para territorio nacional. El coaseguro que se aplicará será de la siguiente forma:

Si el coaseguro contratado es menor o igual al 10% se aplicará el 10%. Si el coaseguro es mayor al 10% se aplicará el contratado para la Cobertura básica. Para esta cláusula no aplica el beneficio de monto máximo por concepto de coaseguro.

En toda solicitud de servicio es necesario que el total de los gastos procedentes, sea superior al deducible contratado, aplicado de la misma forma que en la Cobertura básica.

Es requisito indispensable la inclusión de todos los integrantes de la póliza. Las edades de aceptación son las mismas que aplican para la Cobertura básica.

### Cláusula de Acceso a las clínicas Médica Integral GNP

En caso de contratación de esta Cláusula, el Asegurado tendrá acceso a las clínicas Médica Integral GNP, recibiendo los descuentos o precios especiales vigentes para cada uno de los servicios mencionados a continuación:

1. Laboratorio, rayos X, ultrasonido, fisioterapia.
2. Óptica y farmacia.
3. Consultas con médicos especialistas.
4. Consultas de tratamiento dental.
5. Check-up anual por Asegurado a precios preferenciales.

Para recibir los servicios antes mencionados, el Asegurado deberá llamar a:

#### Asistencia Médica Integral

**54 45 30 80**  
**01 800 7137 792**

Ciudad de México  
Sin costo Nacional

donde le indicarán el procedimiento a seguir.

Es requisito indispensable la inclusión de todos los integrantes de la póliza.

El servicio se otorgará a partir del quinto día de emitido el endoso correspondiente a esta Cláusula.

### Cláusula de Accidentes Personales

En caso de contratación de esta Cláusula, el Asegurado quedará cubierto por cualquier accidente, de acuerdo a las siguientes coberturas:

1. Muerte accidental  
Suma asegurada \$30,000 pesos.  
Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviene la muerte, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados, o a la falta de éstos a la sucesión legal del Asegurado, el importe de la Suma asegurada.

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, la Aseguradora sustituirá la Suma asegurada, reembolsando únicamente a los Beneficiarios los Gastos Funerarios, hasta un máximo de \$30,000 pesos.

2. Pérdidas Orgánicas  
Suma asegurada \$30,000 pesos.  
Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, dentro de los 90 días naturales siguientes a la ocurrencia del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas enumeradas, la Aseguradora pagará el porcentaje de la Suma asegurada, indicada a continuación:

Por la pérdida de:	Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	15%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

En su caso se entenderá:

- Por pérdida de la mano, el anquilosamiento o la mutilación completa a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella)
- Por pérdida del pie, el anquilosamiento o la mutilación completa desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella
- Por la pérdida de los dedos, la mutilación desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos)
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la cláusula en uno o varios accidentes, la Aseguradora pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma asegurada para esta cobertura.

### 3. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Suma asegurada \$6,000 pesos.

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio, la Aseguradora reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho, el monto de las asistencias mencionadas previa comprobación, siempre que el importe de éstas exceda a \$300 pesos.

La cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los asegurados al agotarse la Suma asegurada contratada, por la aplicación de uno a más accidentes sufridos durante la vigencia de la cláusula.

Los gastos por cada accidente se reembolsarán por un periodo máximo de 365 días a partir de la primera erogación efectuada por el Asegurado y sin que en ningún caso exceda de la Suma asegurada.

Las edades de contratación de esta cláusula son de 1 a 69 años, cancelándose a los 70 años.

Para el caso de esta cláusula, con el pago de la Suma asegurada de cada cobertura o falta de pago de la prima, quedarán extinguidas las obligaciones de la Aseguradora provenientes de este beneficio, sin derecho a devolución de prima.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que se mantenga el interés asegurable, no se haya cedido y no exista restricción legal. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario. La Compañía informará al Asegurado de este cambio a través del endoso correspondiente. La Compañía pagará al último Beneficiario que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y conste en la presente póliza, como lo previene el Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el beneficio por fallecimiento se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario o en caso de que haya designado Beneficiario irrevocable, en caso de que sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario.

El monto del beneficio por fallecimiento derivado de este Contrato será pagado al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y los entregue a otras.

**ADVERTENCIAS:** El Asegurado en el caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer del beneficio por fallecimiento.

## **Exclusiones adicionales a la Cobertura básica**

- 1. Suicidio (conciente o inconciente).**
- 2. Homicidio, cuando resulte de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
- 3. Práctica de deportes peligrosos.**

# ¿Qué hacer en caso de reclamación?

---

## Introducción

Usted cuenta ahora con la protección del mejor Seguro de Gastos Médicos de **Grupo Nacional Provincial**. Queremos que obtenga el máximo beneficio de su póliza y que nos dé la oportunidad de servirle con calidad y eficiencia. Para ello, le pedimos que tome en cuenta lo siguiente:

- \* **LEA** cuidadosamente la sección de condiciones de su póliza. Recuerde que en todo Seguro de Gastos Médicos, algunos padecimientos **NO** están cubiertos y otros **REQUIEREN** de un Periodo de Espera. Cerciórese de saber cuáles son unos y otros. Conozca los términos de deducible y coaseguro de su póliza. Conocer esta información le evitará confusiones y agilizará los trámites que requiera efectuar.
- \* **LLEVE** siempre consigo la **Tarjeta Línea Azul** que le entregamos con su póliza. Esta tarjeta, acompañada de una identificación oficial con fotografía, le permitirá ingresar a los hospitales en convenio, más fácil y rápidamente. Le sugerimos verificar en el hospital al que usted vaya a acudir si es que le solicitan depósito y el monto de éste. Al llegar al Departamento de Admisión, proporcione todos los datos que le soliciten. Recuerde que su Tarjeta Línea Azul le ofrece atractivos descuentos con todos los proveedores de **Asistencia Línea Azul**.
- \* **IDENTIFÍQUESE** con el médico como Asegurado con su credencial también cuando vaya a consulta.
- \* **ASEGÚRESE** que la prima correspondiente a su seguro haya sido pagada. De no ser así, sus gastos por atención médica no serán cubiertos por el seguro. Si no ha pagado la prima de su póliza, su reclamación deberá de tramitarla por el Sistema de Reembolso.
- \* **COMUNÍQUESE** a los siguientes teléfonos y Asistencia Línea Azul le proporcionará toda la información que usted requiera.

<b>5227 3333</b>	Ciudad de México
<b>01 800 001 9200</b>	Sin costo Nacional
<b>01 800 807 5697</b>	Sin costo Internacional

Al elegir libremente el hospital y médico(s) que le atiendan, usted establece una relación contractual con ellos. El hospital y el(los) médico(s) serán los únicos responsables ante usted por la atención médica que le proporcionen. **Grupo Nacional Provincial no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de esta relación.**

## Programación de cirugías y tratamientos médicos

Si usted y su médico **programan una Cirugía o Tratamiento** (incluyendo Cirugías Ambulatorias con estancia menor a 24 horas en el hospital), obtiene grandes beneficios como:

- **Conocer con anticipación si su tratamiento está o no cubierto**
- **No desembolsar cantidad alguna de los gastos procedentes, ya que su seguro paga directamente al hospital en convenio y a los especialistas del Círculo Médico. En caso de que su médico no pertenezca al Círculo Médico contratado, se autorizará el tabulador contratado.**  
**Solamente quedarán a su cargo el deducible y coaseguro de acuerdo a las políticas de aplicación de los mismos, así como gastos personales.**

Llame a **Asistencia Línea Azul**, donde le informarán sobre especialistas del Círculo Médico y de los hospitales en convenio que usted eligió o consúltelos en Internet en [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx)

### Territorio nacional

#### 1. Requisitos para Programar su Cirugía y/o Tratamiento médico.

- a) El médico que le atienda deberá llenar el **Informe Médico** en el formato que se anexa al final. En caso de que en la cirugía intervengan dos o más médicos, deberá entregar un Informe Médico por cada uno de ellos.
- b) Usted deberá llenar el **Aviso de Accidente o Enfermedad de Programación de Cirugía** en el formato que se anexa al final.
- c) Presentar estudios preoperatorios, de laboratorio o gabinete y su interpretación.
- d) Proporcionar nombres de los integrantes del equipo médico o quirúrgico, el Registro Federal de Contribuyentes de cada uno de ellos y los teléfonos, radio o teléfono celular donde puedan ser localizados.
- e) Presentar presupuesto desglosado por cada integrante del equipo médico o quirúrgico.
- f) Indicar claramente el número de sesiones de que consta el tratamiento médico o quirúrgico.
- g) Recuerde que la programación procede únicamente si el monto total del tratamiento o cirugía es mayor al deducible de su póliza.

2. Entregue la documentación, **al menos CINCO DÍAS HÁBILES antes de su Cirugía** en el Departamento de Servicios de Programación de Cirugías y Tratamientos médicos de la Oficina Matriz de Grupo Nacional Provincial (Av. Cerro de las Torres 395, Col. Campestre Churubusco, 04200, México, D.F.), de la Oficina de Servicio, del Centro Regional que le corresponda o de los Centros de Atención a Asegurados ubicados en los principales hospitales.

3. Al recibir su documentación le entregarán un número de folio y un comprobante donde se le informa cuándo le entregarán la respuesta a su solicitud.

4. Si su solicitud es aprobada, le entregaremos su Carta Pase **CINCO DÍAS HÁBILES** después de haber recibido su documentación. Esta Carta Pase asegura exclusivamente el pago de los servicios solicitados. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la no procedencia.

5. Entregue la Carta Pase en el hospital el día que ingrese y siga este procedimiento:

- Original para el Departamento de Admisión
- Una copia para su médico o Caja de Médicos
- Conserve una copia para usted

Si la cirugía no requiere hospitalización, entregue el original al médico tratante.

**De esta manera, nosotros cubrimos los gastos por usted.**

6. Le recomendamos programar su cirugía o tratamiento médico con anticipación, ya que en ocasiones los hospitales se saturan y no hay disponibilidad de cuartos. Usted o su médico pueden hacer la reservación oportunamente en el hospital.
7. Si por alguna razón, usted ya pagó por la cirugía o tratamiento, consulte la **Sección de Reembolso**.

**Territorio Extranjero**

Le recordamos que en caso de atención en el extranjero, se aplican las políticas establecidas en la Cláusula de atención en el extranjero. NO APLICA PARA LA CLÁUSULA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO.

1. Requisitos para programar su cirugía o tratamiento:
  - a) **Informe Médico** llenado en su totalidad por el médico especialista que lo refiere al extranjero (formato anexo al final).
  - b) **Aviso de Accidente o Enfermedad de Programación de Cirugía** debidamente requisitado por usted (formato anexo al final).
  - c) Historia clínica del padecimiento actual, así como estudios preoperatorios, de laboratorio o gabinete incluyendo su interpretación.
  - d) Nombre del hospital, ciudad y teléfono en donde se practicará la intervención quirúrgica.
  - e) Nombre de los miembros del equipo médico o quirúrgico, teléfonos donde se les pueda localizar (preferentemente proporcione el número telefónico y fax).
  - f) Fecha en la que se efectuará el tratamiento médico y/o quirúrgico.
  - g) Presupuesto, desglosado por cada miembro del equipo médico o quirúrgico.
  - h) Nombre, teléfono y clave del Registro Federal de Contribuyentes del médico que lo atendió en México.
2. Entregue la documentación requerida en el Departamento de Servicios en Programación de Cirugías, en Oficina Matriz, Oficina de Servicio o Centro Regional que le corresponda **diez días hábiles** antes de su cirugía o tratamiento médico.
3. Al recibir su documentación, se asignará un número de folio, el cual indica que su solicitud está siendo procesada por GNP y recibirá un comprobante señalando la fecha de entrega de respuesta. Si su reclamación no llegase a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la no procedencia.
4. Grupo Nacional Provincial, se pondrá en contacto con el **Proveedor en el extranjero** (Administrador en el extranjero) para informarles sobre su ingreso, por lo que es muy importante que si desea realizar algún cambio nos lo notifique.
5. Le pedimos que firme la carta de asignación de beneficios (assignment benefits/release of medical information) que proporciona el hospital, o bien solicítela al **Proveedor en el extranjero**, con el fin de evitar contratiempos en el envío de su documentación y en el pago de sus facturas.
6. La disponibilidad de la habitación dependerá de la capacidad del hospital y su nivel de saturación, por lo que recomendamos programar su cirugía con oportunidad y usted o su médico tratante, deben hacer la reservación de la habitación en el hospital.
7. Si usted ya erogó los gastos, consulte la **Sección de Reembolso**.

Si usted elige un cuarto diferente al estipulado en el Contrato, el hospital le cobrará la diferencia, así como los gastos no cubiertos por su póliza.

## Reporte desde el hospital

Le recordamos que en caso de atención en el extranjero, se aplican las políticas establecidas en la Cláusula de atención en el extranjero. NO APLICA PARA LA CLÁUSULA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO.

Este sistema consiste en que el Asegurado reporte a la Aseguradora su ingreso al hospital, mismo que debe estar en convenio con Grupo Nacional Provincial, para obtener el beneficio de pago directo. Este sistema opera únicamente en estancias mayores 24 hrs.

### Territorio nacional

1. Al llegar al hospital bajo convenio, muestre su **Tarjeta Línea Azul** y una identificación oficial con fotografía. Proporcione al Departamento de Admisión todos los datos que le soliciten.
2. Reporte de inmediato a Grupo Nacional Provincial su ingreso al hospital, llamando al siguiente número telefónico:

52 27 33 33                      Ciudad de México  
- 01 800 001 92 00              Sin costo nacional

Al recibir su reporte, le proporcionarán su número de folio con el cual será atendido su trámite.

3. Si no ha pagado la prima de su póliza o bien no ha sido posible recopilar la información médica y administrativa necesaria, no aplicará este servicio y su reclamación se tramitará por el Sistema de Reembolso.
4. Si durante su estancia en el hospital requiere mayor información o necesita algún servicio adicional, solicite un Asesor Personal de Servicio en el Centro de Atención a Asegurados, ubicados en los principales hospitales o bien, llame a **Asistencia Línea Azul**.

**Importante:** La **Tarjeta Línea Azul** le permitirá el pase directo sin depósito de admisión en algunos hospitales. Sin embargo, deberá firmar un pagaré que tendrá que liquidar si no procediera el Servicio de Reporte desde el Hospital o si su padecimiento no está cubierto por la póliza.

Si usted elige un cuarto diferente al estipulado en el Contrato, el hospital le cobrará la diferencia, así como todos los gastos no cubiertos por la póliza.

### Territorio Extranjero

Considere los siguientes puntos:

1. Al llegar a un hospital haga el reporte de su ingreso al **Proveedor en el extranjero**. Esto le garantizará el pago directo de los gastos procedentes de su reclamación.  
Dentro de **Estados Unidos 1 (800) 448 9698**. Cualquier otro país del mundo **(312) 935 9248**.  
En caso de no reportarse, los gastos deberán ser tramitados vía reembolso.  
NOTA: El reporte que usted realice, no implica la autorización del pago directo.
2. Si acude a un hospital en convenio, muestre su **Tarjeta Línea Azul**, una identificación oficial con fotografía y proporcione los datos que le sean requeridos.  
Le pedimos que firme la carta de asignación de beneficios (assignment benefits/release of medical information) que proporciona el hospital o bien, solicítela al **Proveedor en el extranjero**, con el fin de evitar contratiempos en el envío de su documentación y en pago de sus facturas.
3. Grupo Nacional Provincial verificará la cobertura de su póliza y si procede, se enviará una carta de beneficios al **Proveedor en el extranjero**. En ésta se explican los montos no procedentes y la cobertura de su póliza. El **Proveedor en el extranjero**, garantizará el pago directo con los médicos y proveedores que lo atenderán.
4. Si su estancia es menor a 24 hrs., deberá pagar los gastos y tramitar su reclamación por el Sistema de Reembolso. Le pedimos que verifique que el balance de la cuenta aparezca en ceros a fin de evitar contratiempos en el pago del reembolso.

## Reembolso

---

Le recordamos que en caso de atención en el extranjero, se aplican las políticas establecidas en la Cláusula de atención en el extranjero. **NO APLICA PARA LA CLÁUSULA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO.**

Este sistema aplica cuando usted ha pagado directamente a los prestadores de servicios médicos para cubrir gastos originados por una enfermedad o accidente cubiertos por su póliza.

Para procesar ágilmente su reembolso, le pedimos que siga estos pasos:

- 1. Presentar originales de comprobantes de pago a nombre del Asegurado afectado o bien a nombre del Asegurado titular en caso de ser menor de edad:** facturas del hospital, recibos de honorarios médicos (incluir Cédula Profesional), notas de farmacia con receta, estudios de laboratorio y gabinete, gastos erogados fuera del hospital, ambulancia, etc. Todos los comprobantes deben cumplir con los requisitos fiscales, en ningún caso es posible reembolsar gastos que no estén a nombre del Asegurado afectado o bien del Asegurado titular en caso de ser menor de edad; en este caso deberá especificar el nombre del paciente.
- 2. Llenar y presentar firmados (por usted y el médico tratante) la forma de Aviso de Accidente o Enfermedad y el Informe Médico, totalmente requisitados.** Ambos formatos se encuentran anexos al final.
- 3. Solicite a su médico una Historia Clínica.** Si estuvo hospitalizado, obtenga una fotocopia del **Expediente Clínico del Hospital.** Adjunte estos documentos a su reclamación.
- 4. Entregue todos los resultados de análisis y estudios de gabinete con su interpretación** (pruebas de laboratorio, estudio histopatológico, tomografías, radiografías, resonancia magnética, etc.).
- 5. Si en su caso intervinieron autoridades legales, presente copias del Acta del Ministerio Público.**
- 6. Si presenta dos reclamaciones simultáneas, entregue un Informe Médico y un Aviso de Accidente o Enfermedad por cada Asegurado o Padecimiento.** Anexe a cada expediente sus respectivos gastos.
- 7. Si recibió atención médica de diferentes especialistas para un mismo tratamiento médico o cirugía, solicite a cada uno de ellos un Informe Médico por separado.** Estos **Informes Médicos** individuales le serán solicitados cuando presente su reclamación.
- 8. Recuerde que NO se aceptan comprobantes de pago de Instituciones de Beneficencia.**

Presente la documentación en Oficina Matriz, Oficina de Servicio o Centro Regional que le corresponda. Si tiene duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a **Asistencia Línea Azul**, donde con gusto le atenderemos.

Grupo Nacional Provincial analizará y dictaminará su reclamación. En caso de proceder, le reembolsará los gastos autorizados hasta por el límite que contrató. Asimismo, si fuera el caso, Grupo Nacional Provincial le informará el motivo por el cual su reclamación fue rechazada.



## Membresía Médica Móvil

En caso de que haya contratado la Membresía Médica Móvil, podrá solicitar estas coberturas en las ciudades donde Médica Móvil ofrezca sus servicios y dentro de los límites geográficos marcados en el mapa de localización anexo.

Para atenderle en forma eficiente y oportuna, por favor siga estos pasos:

En el momento de la urgencia médica:

1. Comuníquese a **Médica Móvil** a los teléfonos:

<b>55 98 6222 ó 55 63 6643</b>	<b>Ciudad de México</b>
<b>3827 2087 ó 3827 5708</b>	<b>Ciudad de Guadalajara</b>
<b>8356 2720 ó 8356 2780</b>	<b>Ciudad de Monterrey</b>
<b>01 800 009 6900</b>	<b>Sin costo nacional</b>

Recuerde que estos teléfonos también aparecen en su **Tarjeta Línea Azul**.

2. Tenga a la mano su **Tarjeta Línea Azul** y proporcione el **Número de Póliza** que aparece en ella.
3. Indique al operador de Médica Móvil **dónde se encuentra el paciente Asegurado y describa la situación de emergencia**. Proporcione al operador todos los datos que le solicite.

Médica Móvil evaluará la urgencia médica y le dará orientación telefónica sobre qué hacer mientras llega la Unidad Móvil, lo cual será en el menor tiempo posible.

4. Cuando termine el servicio, **usted deberá pagar el deducible** directamente a Médica Móvil. Puede hacerlo en efectivo o con tarjeta de crédito bancaria.
5. Sólo si se encuentra en las siguientes circunstancias, deberá firmar un pagaré por el costo del servicio, además del pago del deducible:
  - a) Si solicita el servicio dentro de los primeros 30 días de vigencia de su póliza y no ha pagado la prima correspondiente.
  - b) Si por alguna razón su pago no aparece registrado en los sistemas de la Aseguradora al momento de solicitar el servicio.

El pagaré se cancelará automáticamente cuando usted pague oportunamente la prima y/o cuando el pago quede registrado en la Aseguradora y sólo deberá cubrir el deducible. De no ocurrir lo anterior, Médica Móvil hará efectivo el pagaré.

Recuerde que Médica Móvil no atenderá ni trasladará Asegurados psiquiátrico-agresivos, infectocontagiosos, ebrios o drogado-agresivos.

## **Procedimientos para utilizar el servicio de Cuidados en el Hogar Médica Móvil**

Es un servicio que se dedica a la atención médica en el hogar, la cual permite proporcionar los cuidados de salud en la comodidad y privacidad del hogar, de una manera humana reforzando los cuidados que la familia le da a su ser querido.

- El médico identifica la necesidad de atención de Cuidados en el Hogar Médica Móvil (CHMM)
- Solicita y programa el servicio CHMM
- CHMM solicita carta de autorización a GNP (para Asegurados de planes Línea Azul)
- CHMM da respuesta al médico tratante
- CHMM otorga el servicio y le da seguimiento
- CHMM envía reporte de Cuidados en el Hogar al médico tratante
- CHMM proporciona la capacitación necesaria a las secretarías de los médicos, para dar el seguimiento que se requiera

Para recibir más información puede comunicarse a:

### **Asistencia Línea Azul**

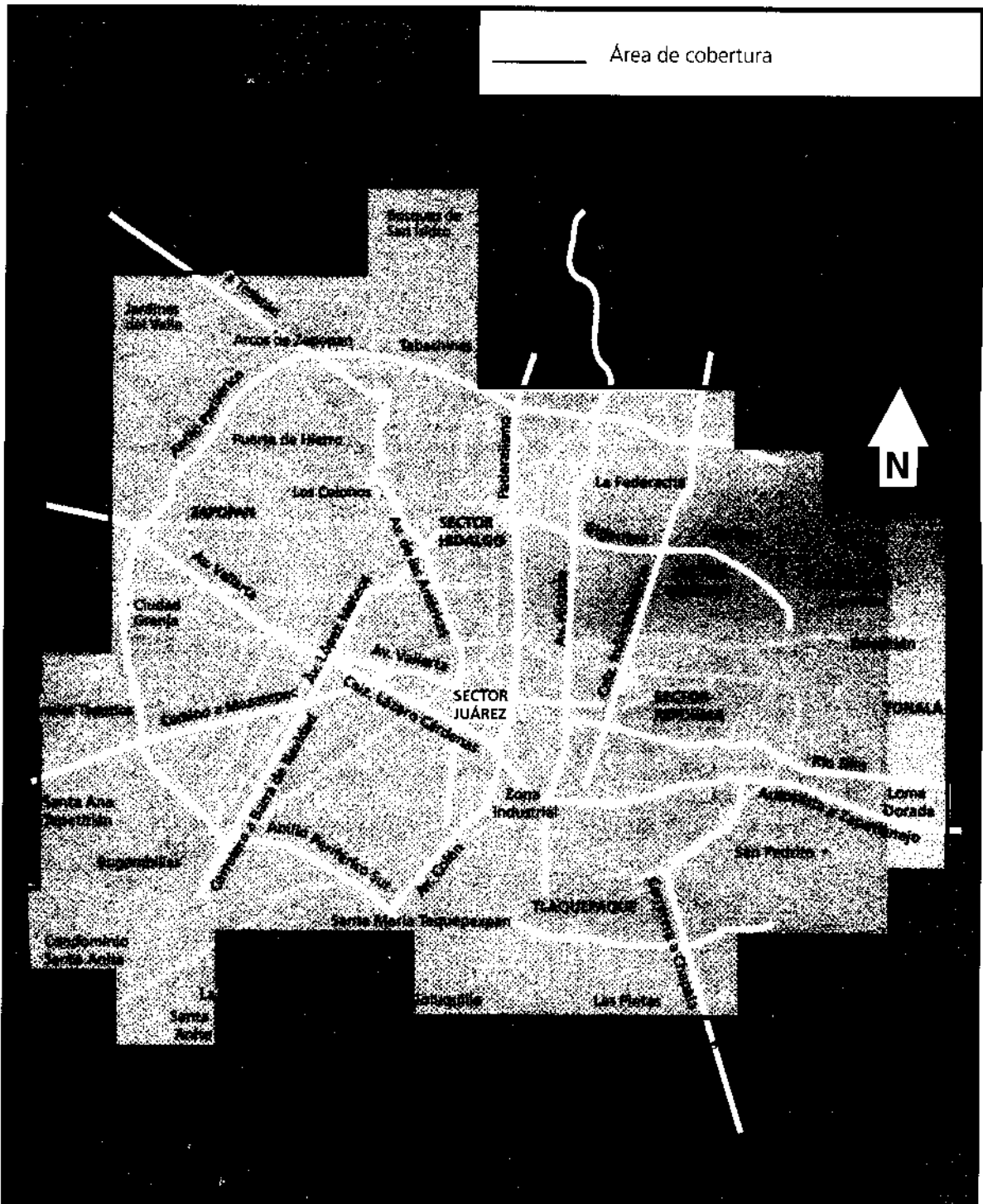
**5227 3333**  
**01 800 001 9200**  
**01 800 807 5697**

**Ciudad de México**  
**Sin Costo Nacional**  
**Sin Costo Internacional**

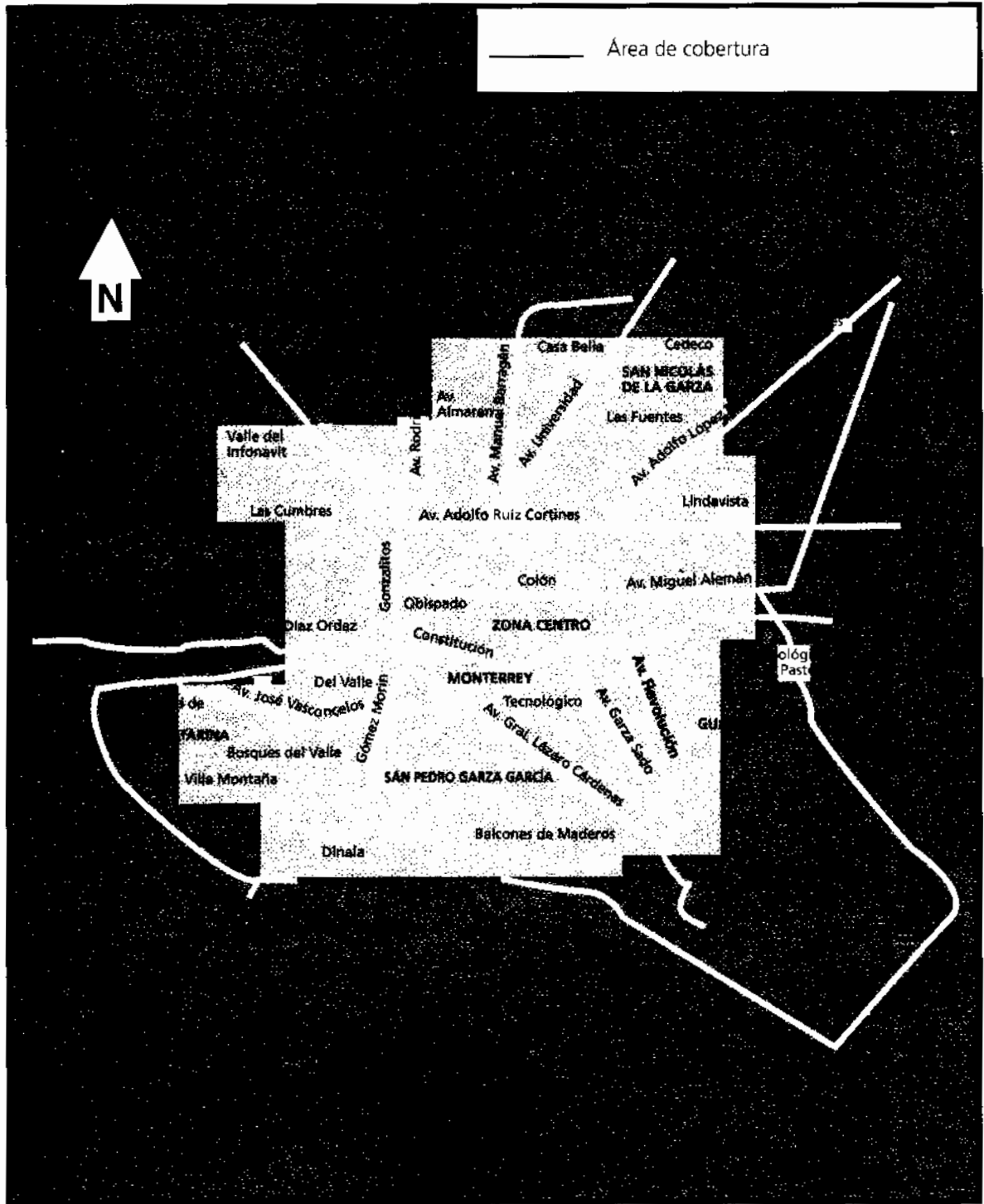
Nota: Este servicio se otorga únicamente en el área de atención de Médica Móvil en la Cd. de México y su área Metropolitana.



### Cobertura de Médica Móvil en la zona Metropolitana de la Ciudad de Guadalajara



### Cobertura de Médica Móvil en la zona Metropolitana de la Ciudad de Monterrey



## Cláusula de Emergencia en el Extranjero

---

En caso de que cuente con la Cláusula de Emergencia en el Extranjero y usted o sus dependientes económicos tengan una emergencia y requieran atención médica o quirúrgica inmediata, podrán contar con el beneficio de **Pago Directo**. **(Sólo opera para estancias hospitalarias mayores a 24 horas).**

Para darle un servicio ágil y oportuno, le pedimos siga estos pasos:

- a) Llame al **Proveedor en el extranjero**. Si se encuentra en **Estados Unidos**, marque el **1 (800) 448-9698**. **Si está en cualquier otro país del mundo**, marque el **(312) 935 9248**. El **Proveedor en el extranjero** le comunicará con una persona que hable español, quien le informará todo el procedimiento.

Si tiene duda o precisa de alguna aclaración adicional, marque el **1 (800) 807 5697** (Internacional) y **Asistencia Línea Azul** le atenderá de inmediato.

NOTA: El reporte que usted realice, no implica la autorización del Pago Directo.

- b) Grupo Nacional Provincial verificará si procede el padecimiento motivo de su reclamación de acuerdo a lo establecido en la Cláusula de Emergencia en el Extranjero y si su póliza está al corriente en el pago de la prima. En caso afirmativo, la Aseguradora pagará directamente los gastos procedentes de Hospital y Honorarios Médicos, a través del **Proveedor en el extranjero**.

Si **no requiere hospitalización** (estancia mayor a 24 hrs. en el hospital) o por alguna causa **no procede el Sistema de Pago Directo**, usted asumirá el pago de los gastos. De ser así, obtenga todos los comprobantes y documentación que se señalan en el apartado de Sistema de Reembolso. A su regreso a México, le serán reembolsados los gastos cubiertos de acuerdo a las condiciones de su póliza, es importante que verifique que el balance de las cuentas aparezca en ceros a fin de evitar contratiempos en el pago del reembolso.

## **Cláusula de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero**

En caso de que haya contratado esta cláusula y necesite atención médica en el extranjero, es necesario:

1. Por lo menos 10 días hábiles antes del evento, presentar la siguiente documentación:
  - a) **Informe Médico**, debidamente llenado por el médico que hizo el diagnóstico en territorio nacional.
  - b) Estudios e interpretación que hayan servido para determinar el diagnóstico definitivo.
  - c) **Aviso de accidente o enfermedad**, indicando que se solicita la aplicación de la **Cláusula de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero**.
2. Con esta información y dependiendo del padecimiento, se determinará la procedencia del evento.
3. Si su padecimiento es aceptado, GNP le dará a conocer por escrito las opciones que haya seleccionado para su atención en el extranjero, proporcionándole el nombre de las instituciones y los médicos con quienes podrá acudir.
4. Es necesario que una vez que reciba la información, envíe nuevamente por escrito la opción de su preferencia.
5. Con su notificación, GNP le confirmará la aceptación del pago directo con el médico e institución que haya elegido.
6. Una vez que GNP le proporcione la confirmación tendrá 30 días para iniciar la gestión con los prestadores de servicios médicos que haya elegido.

Si existiera alguna duda o problema durante su estancia en el extranjero puede llamar sin costo desde Estados Unidos al **1 (800) 448 9698** o desde cualquier parte del mundo al **(312) 935 9248**.

Esta cláusula opera exclusivamente bajo el esquema de Programación de Cirugía y/o Tratamiento Médico. No opera el Servicio de Reporte desde el Hospital ni el de Reembolso.

## Cláusula de Acceso a Médica Integral GNP

---

Si usted o sus dependientes económicos tienen contratada esta Cláusula, tendrán acceso a las clínicas Médica Integral GNP, donde le proporcionaremos la atención y el servicio médico más completo, poniendo especial cuidado en la práctica de medicina preventiva y el cuidado especializado de su salud.

Las clínicas Médica Integral GNP cuentan con personal médico altamente calificado y equipo de tecnología de punta para ofrecer servicios médicos de alta calidad para la atención de su salud.

Los servicios médicos que le ofrecen las clínicas Médica Integral GNP son:

- Amplias Instalaciones.
- Todos los servicios dentro de un mismo lugar: consultorios médicos, laboratorio clínico, rayos X, ultrasonido rehabilitación física, fisioterapia, área odontológica, farmacia, óptica (excepto Palmas en el DF y Monterrey).
- Consultas Médicas y de Especialidad con:
  - Médico Familiar
  - Médico Internista
  - Pediatría
  - Ginecología
  - Dermatología
  - Nutrición
  - Oftalmología
  - Ortopedia
  - Psicología
  - Otorrinolaringología
  - Medicina de Rehabilitación y Fisioterapia
- Otro gran beneficio:
  - Atención Odontológica (todas las especialidades)

Para recibir los servicios antes mencionados es indispensable presentar su **Tarjeta Línea Azul** y hacer cita antes de acudir a cualquiera de nuestras clínicas.

Para mayor información o solicitud de citas llame a Asistencia Médica Integral, al **5445-3080** del D.F. o del interior sin costo al **01 800 71-377-92** en donde le indicarán el procedimiento a seguir.

Las Clínicas de Médica Integral GNP se encuentran ubicadas en:

### **COAPA**

Av. Canal de Miramontes No. 2053, 3er. Piso, Super Plaza Miramontes, Col. Coapa, México, D.F.

### **COYOACÁN**

División del Norte, No. 2555, Col. Del Carmen Coyoacán, México, D.F.

### **PALMAS**

Palmas No. 500, Col. Lomas de Chapultepec, México, D.F.

### **SATÉLITE**

Enrique Sada Muguerza No.15, Cd. Satélite, Naucalpan de Juárez, Edo. de México.

### **LINDAVISTA**

Río Bamba No.752, Col. Lindavista, México, D.F.

### **MONTERREY**

Av. Hidalgo 240, Col. El Obispado, Monterrey, N.L.

El servicio se otorgará a partir del 5to. día de emitido el endoso correspondiente a esta cláusula.

## Asistencia Línea Azul

---

Línea Azul ofrece a todos sus Asegurados el servicio de:

### Asistencia Línea Azul

Que le permite obtener el máximo beneficio de su Seguro de Gastos Médicos. Para obtener este servicio, comuníquese a los siguientes teléfonos:

<b>5227 3333</b>	Ciudad de México
<b>01 800 001 9200</b>	Sin costo Nacional
<b>01 800 807 5697</b>	Sin costo Internacional

A través de **Asistencia Línea Azul** usted podrá obtener:

#### 1. Información sobre su póliza, Círculo Médico y hospitales en convenio

Le asesoraremos sobre Gastos Cubiertos, Exclusiones y Condiciones Generales de la póliza. También le informaremos sobre los médicos que forman parte del Círculo Médico que eligió, los hospitales en convenio y otros proveedores médicos afiliados. Esta información también la podrá encontrar en Internet en la dirección electrónica [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx)

#### 2. Información sobre procedimientos

Le asesoraremos y brindaremos apoyo para tramitar su reclamación por cualquiera de los sistemas de pago: Programación de Cirugía, Reporte desde el Hospital y Reembolso.

Le daremos información sobre qué formatos llenar y cómo hacerlo, documentación necesaria para presentar su reclamación, lugar y procedimiento para realizar sus trámites, etc.

#### 3. Descuentos con proveedores médicos

**Asistencia Línea Azul** le informará sobre una amplia gama de Proveedores Médicos que le ofrecerán diferentes descuentos en hospitalización, pruebas de laboratorio, radiografías, compra de medicamentos, etc. Esta lista también la podrá encontrar en Internet en la dirección electrónica [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx)

Una vez elegido el proveedor médico de Línea Azul, acuda al establecimiento y presente su **Tarjeta Línea Azul** y una identificación oficial con fotografía, para que se le aplique el descuento pactado.

#### 4. Orientación médica telefónica

Si usted o alguno de los suyos presenta padecimientos menores como una gripa, trastornos digestivos, insolación, fiebre, etc., llámenos y de inmediato un médico le asesorará sobre qué acción tomar.

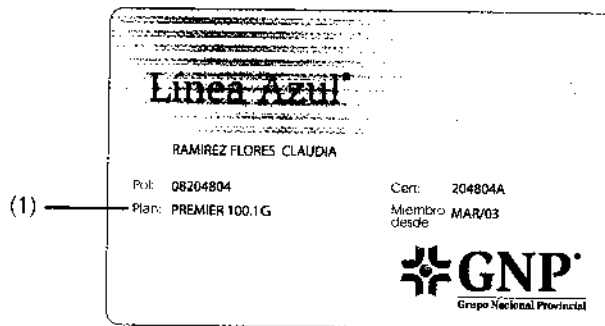
Asimismo, si requiere información sobre cómo y cuándo administrar medicamentos, o bien, sobre cómo interpretar análisis clínicos; personal médico calificado le orientará adecuadamente.

Este servicio lo brinda Médica Móvil, empresa líder en atención médica de urgencia.

## Directorios

Si usted desea consultar el Directorio de Hospitales, el Directorio de Médicos, Directorio de Proveedores (que ofrecen precios preferenciales en hospitalización, pruebas de laboratorio, radiografías, compra de medicamentos, etc.) y/o Tabuladores de Honorarios Médicos y/o Proveedores de Línea Azul Total, podrá hacerlo de las siguientes maneras:

1. En Internet en la dirección electrónica: **www.gnp.com.mx**.  
Para que su consulta sea más fácil y rápida es importante que tenga a la mano su **Tarjeta Línea Azul** y siga los siguientes pasos:
  - a. Seleccione el **botón de Directorios Médicos** ubicado dentro en el menú superior de la página.
  - b. Seleccione el tipo de directorio a consultar.
    - Hospitales
    - Médicos
    - Proveedores
    - Tabuladores
    - Proveedores Línea Azul Total
  - c. Una vez seleccionado el Directorio a consultar, deberá llenar los datos solicitados, incluyendo el plan que contrató, el cual encontrará en su Tarjeta Línea Azul (1)



- d. Después de llenar los datos solicitados deberá dar click en el botón de "buscar", y automáticamente se desplegará el resultado de la búsqueda requerida.
2. También podrá consultar los Directorios con tan sólo llamar a **Asistencia Línea Azul** a los siguientes números telefónicos:

**5227 3333**  
**01 800 001 9200**  
**01 800 807 5697**

Ciudad de México  
Sin costo Nacional  
Sin costo Internacional

## 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.

<input type="checkbox"/> Programación de cirugía	<input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico	<input type="checkbox"/> Reembolso
--	---	------------------------------------

<b>Nombre del paciente</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	día mes año
Sexo	Edad	No. de Póliza	Causa de atención
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente

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

De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento	<b>Fecha de inicio</b>
	día mes año

Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)	<b>Fecha de diagnóstico</b>
		día mes año

<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Cuál?
---	---

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

402087-7A1 BE5-oct06

CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	Fecha de inicio día mes año
Complicaciones  <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No	Descripción de complicaciones	
Información adicional		

Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria	Fecha de ingreso día mes año
---	---------------------------------

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Teléfono	Celular	Fax	Radiolocalizador
			Correo electrónico (si cuenta con él)

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

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.

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

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



¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?		No. de reclamación	
Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complementaria			
Se trata de: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo		Indique diagnóstico motivo de su reclamación	
Si es accidente detállese ¿cómo y cuándo ocurrió?			Fecha del accidente o inicio del padecimiento          dia mes año
En caso de accidente automovilístico ¿existe seguro del (de los) automóvil(es)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de la Compañía	Cobertura
		Suma Asegurada (GM)	Póliza No.
Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la Compañía, así como interpretación de estudios realizados.			
Hospital donde se internará		Datos de ingreso programado hora dia mes año	
Nombre del médico		Especialidad	¿Se encuentra en convenio con esta Compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A través de qué medio le fue referido el médico? <input type="checkbox"/> GNP Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro			
Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco, y me hago responsable de sus consecuencias.			
_____ Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante			

--	--	--

**Asistencia Línea Azul**

Con gusto lo atenderemos los 365 días del año, las 24 hrs. del día, proporcionándole los siguientes beneficios:

- Orientación sobre el funcionamiento de su póliza.
- Información sobre los médicos que forman parte del Círculo Médico.
- Orientación médica telefónica sin costo, proporcionada por Médica Móvil.
- Información sobre hospitales en convenio.
- Información sobre proveedores médicos que ofrecen precios preferenciales.
- Información sobre el seguimiento de su trámite.

**5227 3333 Ciudad de México**  
**01 800 001 9200 Sin costo Nacional**



**Nota importante: Le recomendamos leer las condiciones de su contrato antes de tramitar cualquier reclamación, debido a que existen ciertas exclusiones y limitaciones. En caso de duda, acuda con su agente de seguros.**

Para lograr atenderle con la mayor rapidez y eficacia en el pago de su reclamación, le pedimos revise que la documentación correspondiente cumpla con los siguientes requisitos:

1. Envíe los siguientes documentos:
  - a) Formato para reembolso de Accidente y/o Enfermedades
  - b) Aviso de Accidente o Enfermedad e Informe Médico
  - c) Comprobantes de gastos con requisitos fiscales respectivos
  - d) Copia de la historia clínica completa
  - e) Interpretación de estudios, así como copia de los estudios practicados
2. El médico que le atendió debe llenar con claridad el informe médico, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan.
3. Los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán ser presentados para su revisión (factura detallada del hospital, recibos de médicos, ayudantes, facturas de farmacia acompañadas de la receta, etc.). Los recibos de honorarios deberán ser firmados por la persona que los expidió, no se acepta facsímil.
4. Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes y anestesiastas deberán ser expedidos en las formas que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a nombre del Asegurado titular. Dichos recibos deberán especificar el concepto, por ejemplo: consulta o ayudantía etc.
5. Al comprar sus medicamentos en la farmacia, anexe a la nota, la receta del médico. Tache de sus notas los medicamentos o artículos que no sean para el paciente.
6. Por cada consulta el médico deberá expedir el recibo de honorarios correspondiente. El importe de la misma, anotado en la receta no tendrá validez alguna para el pago de su reclamación.
7. Revise que el hospital y el médico, al expedir el total de la cuenta, desglose el costo por cada uno de los conceptos que la forman (renta diaria del cuarto, honorarios médicos, consultas, anestesiasta, etc.).
8. No se aceptarán pagos a instituciones de beneficencia o establecimientos oficiales de servicio.
9. En caso de que se presenten dos reclamaciones simultáneas, separe los gastos de cada accidente o enfermedad y llene para cada uno, toda la documentación requerida.
10. Todos los comprobantes de gastos deberán ser solicitados a nombre del titular de la póliza.

**Recuerde:**

**El programar su cirugía o tratamiento médico le brinda grandes beneficios  
¡Aprovéchelos!**