

INSTRUCTIVO RECLAMOS

SEGURO PLAN MEDIFLEX

Mediflex es un seguro que brinda cobertura por gastos médicos por enfermedad o accidente. Puede ser adquirido directamente en nuestra Compañía o por medio de un Asesor de Seguros.

Este plan permite utilizar dos modalidades para uso de seguro, ya sea a través de pago directo utilizando los proveedores afiliados a la Red Mediflex o Red Generali previa autorización; o por medio de reembolso convencional directamente al asegurado si así lo desea, cuando paga la totalidad de gastos y reclama posteriormente.

PAGO DIRECTO

Al utilizar la Red Generali, el asegurado previa autorización de la Aseguradora, puede optar al beneficio de pagar únicamente el 20% del valor de la cuenta que corresponde a Coaseguro, y los proveedores coordinan directamente con la Compañía el cobro del saldo pendiente, evitando así al asegurado trámites adicionales para reembolso de reclamos.



Dentro de los proveedores afiliados a Red Generali, se incluyen Hospitales, Laboratorios, y Farmacias. También tendrá acceso a un selecto grupo de médicos para consulta externa.

Con los proveedores se tiene un convenio para autorizar pago directo a los Asegurados, según las condiciones particulares de la póliza contratada.

TRAMITE DE AUTORIZACION

Previo a ser atendido por un médico el Asegurado debe solicitar preautorización a la Aseguradora.

Cuando se presente a consulta con el médico, de preferencia debe llevar los formularios de proveedores negociados. El formulario blanco es para solicitud de hospitalización programada, el amarillo para compra de medicamentos y el celeste para realizar exámenes de diagnóstico. También puede obtener los formularios de nuestra página de internet, en este caso el formulario es blanco, lo importante es que el médico complete el mismo para facilitar el uso de los proveedores para su tratamiento ambulatorio, y para medicamentos o estudios de diagnóstico.

Consulta Externa

Debe seleccionar un médico afiliado a la Red del Grupo Médico Generali.

Solicitar cita con el médico e informar que es asegurado de nuestra Compañía.

Presentarse a la cita médica e identificarse con carné de seguro y documento de identificación.

Deberá firmar el cupón que le será proporcionado en la clínica y cancelar el copago que corresponda de acuerdo con la especialidad del médico.

En caso de procedimientos en clínica, el médico deberá solicitar autorización directamente a la Compañía Aseguradora. Luego de efectuado el procedimiento el asegurado cancelará el copago del 20%.

PARA EL TRAMITE DE AUTORIZACIÓN, EL SEGURO DEBE ESTAR AL DIA EN EL PAGO DE PRIMAS.

Medicamentos

Si es necesario comprar medicamentos, ya con el formulario debidamente completado por el médico tratante, el asegurado debe solicitar autorización telefónica a la Compañía al PBX 1757. En este proceso se solicitará información relacionada con su póliza y solicitud de autorización, y se le otorgará un número de pre-autorización que debe anotar en el formulario.

Una vez preautorizada su solicitud, puede utilizar las farmacias afiliadas, presentar el formulario así como la receta de medicamentos, carné de seguro y documento de identificación. Posteriormente, el proveedor le proporcionará los medicamentos y deberá pagar únicamente el coaseguro a su cargo por el 20%.

PARA EL TRAMITE DE AUTORIZACIÓN, EL SEGURO DEBE ESTAR AL DIA EN EL PAGO DE PRIMAS.

Laboratorios

Solicitar al medico tratante que complete el formulario correspondiente.

Contactar a la Compañía para solicitar autorización telefónica al PBX 1757.

Para estudios especiales (Resonancias, Tomografías, Ultrasonidos, Mamografías, entre otros) deberá enviar la solicitud para tramitar carta de autorización, a correo electronico: **autorizacionesgeneral@general.com.gt.**

El tiempo para trámite es de 24 horas, la respuesta se envía directamente al proveedor y una copia para el asegurado.

Una vez pre-autorizada su solicitud, puede utilizar un centro de diagnóstico afiliado y presentar el formulario, orden de laboratorio, carné de seguro y documento de identificación.

Se realizarán los estudios autorizados y el asegurado pagará unicamente copago del 20%.

PARA EL TRAMITE DE AUTORIZACIÓN, EL SEGURO DEBE ESTAR AL DIA EN EL PAGO DE PRIMAS.

Las autorizaciones de medicamentos y laboratorios deben solicitarse llamando al PBX 1757, atención 24 horas.

Hospitalizaciones Programadas

Asistir con el médico tratante y completar el formulario para autorización de hospitalización.

Enviar el formulario a la Aseguradora adjuntando los informes de estudios de diagnóstico efectuados.

Las solicitudes pueden enviarse al correo electronico: **autorizacionesgeneral@general.com.gt.**

El tiempo para trámite es de 24 horas, la respuesta se envía directamente al proveedor y una copia para el asegurado.

Al ingreso en el hospital el asegurado debe presentar copia de la autorización, carnet de seguro y documento de identificación personal , así como completar los formularios requeridos por el proveedor.

Al momento de egreso debe verificar los cargos en su estado de cuenta, cancelar el copago a cargo del Asegurado y gastos que no sean cubiertos por el seguro.

PARA EL TRAMITE DE AUTORIZACIÓN, EL SEGURO DEBE ESTAR AL DIA EN EL PAGO DE PRIMAS.

Hospitalizaciones por Emergencia

Debe seleccionar un hospital afiliado a Red Generali y al momento de ingreso presentar carné, así como documento de identificación.

El proveedor seleccionado verificará directamente con la Compañía vigencia de la póliza, información del asegurado, condiciones de cobertura del seguro, asi como también le solicitara que firme los formularios y documentos en el hospital.

El hospital hace el trámite de autorización directamente a la Compañía.

Aseguradora General emite la autorización y la envía al proveedor.

Al egreso el asegurado debe pagar el copago por emergencia, coaseguro del 20% y gastos que no sean cubiertos por el seguro.

Atención de Emergencia en horario inhábil

El Hospital procederá con la atención del asegurado y solicitará una garantía de pago que puede ser un voucher de tarjeta de crédito o cheque prefchado. Estos documentos son necesarios hasta obtener la autorización de la Aseguradora.

Recomendación: el asegurado deberá informar a la Compañía al primer día hábil siguiente del ingreso, para que se solicite oportunamente la información al hospital.

Posterior a que el Hospital reciba la autorizacion de la Aseguradora, contactará al asegurado para que cancele el copago y procederá con la devolución de sus documentos.

PARA EL TRAMITE DE AUTORIZACIÓN, EL SEGURO DEBE ESTAR AL DIA EN EL PAGO DE PRIMAS.

REEMBOLSO DE RECLAMOS

Esta modalidad aplica cuando no se utilizan los servicios de los proveedores afiliados para pago directo. El asegurado debe cancelar todos los gastos necesarios para su tratamiento y presentar posteriormente a Aseguradora General los documentos solicitados para pago de los gastos. El reembolso será efectivo después de satisfacer la totalidad del deducible, que corresponde al seguro contratado.

PROCEDIMIENTO PARA REEMBOLSO DE RECLAMOS

Requisitos que deben presentar para el trámite de reembolso de gastos directamente al Asegurado:

FORMULARIO:

Presentar el formulario de Reclamos de Gastos Médicos, completando cada una de las preguntas solicitadas.

El formulario consta de dos secciones: "A": para ser completada por el asegurado, y "B" debe ser completada por el médico tratante.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTAR:

Comprobantes de gastos: facturas detalladas de los gastos de hospital, honorarios médicos, compra de medicina en farmacia o establecimientos debidamente autorizados, gastos de laboratorio, recetas para los medicamentos, ordenes para laboratorios y/o exámenes especiales, así como resultados de los mismos.

FACTURAS:

Las facturas de los gastos elegibles, deben detallar donde corresponde todos los servicios prestados, medicamentos adquiridos o suministrados. Además indicar a quien corresponden los gastos o servicios prestados y no deben presentar ningún tipo de alteración.

Toda factura debe ser emitida a nombre del Asegurado y presentar original y copia de la misma. No se reembolsa el IVA.

Las facturas deben cumplir con los requisitos de Ley.

RECETA:

Debe indicar el nombre completo del paciente, detalle de la medicina recetada y periodo de prescripción.

Toda receta debe estar firmada y sellada por el médico tratante.

RECLAMOS DENTALES

A continuación se detallan requisitos que deberá presentar para el trámite de reembolso de reclamos dentales, siempre que en el plan de seguro haya contratado cobertura dental.

Presentar formulario dental debidamente completado en todas sus secciones, tanto por el dentista como por el asegurado titular.

Adjuntar radiografías, así como facturas por servicios prestados.

Esta cobertura cuenta con un límite y deducible anual.

No existe red de dentistas. Previo al reclamo puede solicitar a su médico un presupuesto dental y enviarlo para verificación de costos por correo electrónico autorizacionesdentales@general.com.gt

TIEMPO DE REEMBOLSO 8 DIAS HABILES

Información de Red de Proveedores y formularios disponible en nuestra página: www.aseguresemejor.com

Cualquier duda sobre los procedimientos indicados anteriormente o coberturas, favor comunicarse con el Departamento de Reclamos de Aseguradora General, al PBX 1757.