

Todo lo que debe saber sobre su Reembolso de Gastos Médicos

Guía Rápida



Reembolso de Gastos Médicos

Un beneficio más de su póliza es el Reembolso de Gastos Médicos Procedentes. Con este servicio le restituimos –según la cobertura contratada–, los gastos procedentes erogados previamente a consecuencia de una enfermedad o un imprevisto, a través de una transferencia electrónica a su cuenta de cheques o tarjeta de débito.

Deducible: es la participación económica que usted debe cubrir cuando se presente una enfermedad o accidente. Este monto fue determinado por usted y está señalado en la carátula de su póliza.

Si los gastos ingresados para reembolso no superan el monto del deducible, estos gastos se quedarán a cuenta hasta cubrirlos hasta el monto contratado.

Si usted no cubre el monto total del deducible durante su vigencia, deberá pagar la diferencia de acuerdo con lo indicado en su nueva vigencia.

En caso de que usted haya realizado el pago de su deducible en el hospital, favor de anexar el comprobante del mismo.



Coaseguro: es un porcentaje que se aplica al monto total de los gastos procedentes en los que se incurren durante un accidente o enfermedad, una vez que sea descontado el deducible. Esta participación fue determinada por usted en la carátula de la póliza.

Una vez pagado el deducible, se descontará el porcentaje del coaseguro hasta su tope.

Proceso de trámite

Para solicitar el reembolso de sus GMM siga estos sencillos pasos:



- Ingrese al portal de internet: gnp.com.mx
- Acceda a la pestaña Soy Cliente, Formatos.
- Descargue los formatos de REEMBOLSO, de acuerdo con el tipo de trámite a realizar (Inicial o Subsecuente).
- Reúna los requisitos y complete cada uno de los campos, según su solicitud.
- Presente la documentación solicitada en nuestras oficinas de servicio. Consulta nuestras sucursales en gnp.com.mx accediendo a la pestaña Asistencia y Contacto; o bien, ingrese su trámite con su Asesor Profesional de Seguros.
- En caso de proceder, se realizará el pago de la reclamación vía transferencia electrónica.
- Una vez que usted entregue toda la documentación, GNP Seguros asigna un número de folio, que es útil para conocer el status de su trámite vía telefónica al siguiente número:

Línea GNP 5227 9000 CDMX
01 800 400 9000 Interior de la República
1 800 807 5697 Sin costo Internacional

Requisitos para tramitar su reembolso

¿Su trámite es inicial?

Esto significa que es la primera vez que ingresará gastos por una enfermedad o accidente, por lo cual debe considerar:

Documentos:

Por cada Asegurado o padecimiento cubierto es necesario presentar:

1. Formato "Aviso de accidente y/o enfermedad" (llenado y firmado por el Asegurado).
2. Formato "Informe médico" (de cada especialista que le haya brindado la atención médica incluyendo fisioterapeutas).
3. Formato "Reembolso de accidente y/o enfermedad" (llenado y firmado por el Asegurado).
4. Comprobantes de gastos a nombre del Asegurado titular o Asegurado afectado mayor de edad, tales como:
 - Recibos de honorarios médicos, recetas, factura original de medicamentos, entre otros (es importante que cuente con todos los requisitos fiscales: timbrado o folio fiscal, cadena original del complemento de certificación del SAT, sello digital del emisor, sello digital del SAT, la leyenda de este documento es una representación impresa de un CFDI, código bidimensional, archivo XML).
5. Resultados de análisis clínicos de laboratorio que hayan servido para llegar al diagnóstico; o de seguimiento para la evolución del padecimiento.
6. Interpretación de estudios de:
 - Imagenología: Rx resonancia magnética, tomografía axial computarizada.
 - Gabinete: electrocardiograma, electroencefalograma, ecocardiograma, etc.
 - Patología: estudio histopatológico.
7. Bitácora de servicios recibidos firmado por el Asegurado afectado (servicios de enfermería y/o rehabilitación)
8. Formato Único de Información Bancaria, copia de Identificación Oficial vigente y copia de su estado de cuenta donde señale: nombre, banco y clabe interbancaria del beneficiario. Deberá presentar este formato si es la primera vez que presenta un gasto por reembolso o desea cambiar su cuenta. Si su trámite es subsecuente, no es necesario entregarlo.



¿Su trámite es subsecuente?

Son nuevos gastos que realizó a consecuencia de la enfermedad o accidente que ingresó en el trámite inicial.

Documentos:

1. Formato "Reembolso de accidente y/o enfermedad".
2. Comprobantes de gastos a nombre del Asegurado titular o Asegurado afectado mayor de edad, tales como:
 - Recibos de honorarios médicos, recetas, factura original de medicamentos, entre otros (es importante que cuente con todos los requisitos fiscales).
3. Recetas médicas (solo si existe cambio en el tratamiento médico o cada 6 meses).
4. Resultados de análisis clínicos de laboratorio o interpretación de estudios.
5. Cuando haya participación de un nuevo médico, será necesario presentar su informe médico firmado y correctamente llenado.
 - Si su enfermedad es crónica, presentar informe médico y recetas actualizadas cada 6 meses.

▶ Ningún documento será válido con tachaduras, enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Nota: Descartaremos su deducible y coaseguro contratado, gastos personales, gastos no relacionados con el padecimiento y se cubrirán los honorarios médicos de acuerdo al tabulador contratado. No se reembolsarán comprobantes de gastos de instituciones de beneficencia.



Para mayor información, consulte los videos en:

- <http://gnpviviresincredible.com.mx/gnp-te-cuida/donde-puedo-recibir-atencion-medica.html>
- <http://gnpviviresincredible.com.mx/gnp-te-cuida/1973.html>
- <http://gnpviviresincredible.com.mx/gnp-te-cuida/que-es-un-gasto-medico-mayor.html>



Importante:

A partir de que Usted o su Asesor Profesional de Seguros ingresen su trámite con la documentación previamente requerida y completa, el proceso de validación y pago es de 5 días hábiles.



En su solicitud de reembolso ponga especial atención al llenado de los siguientes campos:

- 1 N° de póliza.
- 2 Nombre del Asegurado afectado.
- 3 Padecimiento.
- 4 Si es un gasto subsecuente, indicar el número de reclamación.
- 5 Desglose de gastos y suma total.
- 6 Nombre del beneficiario y RFC.

REVERSO

Recuerde: solo se pueden realizar pagos o transferencias a titulares o afectados mayores de 18 años.

Si el afectado Asegurado es menor de edad, el pago o la transferencia se realizará al tutor o titular de la póliza.

- 1 Últimos cuatro dígitos de la cuenta dada de alta en el Formato Único de Información Bancaria.
- 2 Solicitante titular (y de su Representante Legal si es menor de edad).
- 3 Contratante (solo si es diferente al solicitante).
- 4 Nombre y firma.
- 5 IMPORTANTE: cumplir con los requisitos fiscales que se detallan según sea el caso (consultar los requisitos indicados en este documento).



Cómo llenar el Formato Único de Información Bancaria

CARÁTULA

Si es la primera vez que solicita un gasto por reembolso o desea cambiar el número de cuenta, deberá llenar este formato. Si su trámite es subsecuente, no es necesario volver a llenarlo.

- 1 Nombre del beneficiario: solo se dará de alta al titular de la póliza o afectados mayores de 18 años.
- 2 Dirección completa.
- 3 RFC.
- 4 Es requisito indispensable elegir una opción y anexar documento que avale dicha información. Solo se aceptan tarjetas de débito.



- 1 No olvide firmar el formato.
- 2 Recuerde anexar copia de los siguientes documentos:

INFERIOR

Reembolso de accidente y/o enfermedad

Favor de presentar este documento con los comprobantes originales de sus gastos.
 Este formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente o No. de certificado

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente o No. de certificado
	Parentesco con el Asegurado titular	Padecimiento	¿Es primer pago? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Si es pago adicional, anote el número de la primera reclamación relacionada con el tratamiento en cuestión			
	No. de reclamación en caso de haber solicitado pago directo			

DATOS DEL CONTRATANTE	En caso de ser distinto al Asegurado titular	Código cliente (si cuenta con él)
	Nombre o razón social	

Sólo en caso de tener indemnización diaria por accidente y enfermedad, indique fecha de incapacidad.			día	mes	año
Detalle del reembolso					
DATOS DEL REEMBOLSO	Concepto	Importe de gastos presentados			
	1. Gastos extra fuera del hospital (Medicamentos, análisis, radiografías, estudios, etc.)				
	2. Honorarios médicos por consultas				
	3. Gastos por hospitalización				
	4. Honorarios médicos por intervención quirúrgica (Honorarios del cirujano, ayudante y anestesista)				
	5. Otros gastos (especificar):				
Nota: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, procurando presentar éstos en el mismo orden de los conceptos.					Total

LUGAR DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN	Municipio o delegación	Población y/o estado

INSTRUCCIONES DEL PAGO-FINIQUITO VÍA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	Seleccione y registre el nombre y RFC de la persona a la que deberá efectuarse el pago.				
	<input type="checkbox"/> Asegurado titular/Participante		<input type="checkbox"/> Asegurado afectado/Participante (sólo si es mayor de edad)		
	<input type="checkbox"/> Padre, Madre o Tutor (sólo si el Asegurado/Participante afectado es menor de edad)				
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	R.F.C. letras año mes día homoclave*	
	Correo electrónico para notificaciones de pago (Asegurado)		Correo electrónico para notificaciones de pago (Agente/Administrador de Riesgos)		
*En aquellos casos en los que se trate de un Contrato en la que el Asegurado afectado/Participante sea un menor de edad, indique en el siguiente espacio el tipo de parentesco. Así mismo, anexe el formato de identificación del cliente, copia de su identificación oficial, copia de su comprobante de domicilio y el (los) documento(s) correspondiente(s) que acredite(n) que se trata del padre, madre o tutor del menor.				Parentesco con el Asegurado afectado/Participante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor	

[+] Si cuenta con ella.

INSTRUCCIONES DEL PAGO-FINQUITO VÍA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

- Si está solicitando por primera vez el reembolso de gastos médicos mayores con GNP, deberá entregar junto con el presente documento el **formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica** debidamente llenado.
- Si no es la primera vez que tramita reembolso de gastos médicos mayores con GNP y tiene más de una cuenta de pago registrada en GNP indique los últimos 4 dígitos:

<input type="checkbox"/> Cuenta CLABE	_____
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito	_____
<input type="checkbox"/> Monedero Electrónico GNP	_____

NOTA: En caso de no indicar la información solicitada, el pago se realizará a la cuenta en la que se depositó el último reembolso.

- En caso de rechazo bancario notificar a:

Agente	Teléfono de Contacto: _____
Beneficiario del pago	Teléfono de Contacto: _____

Firma del Asegurado

CONSENTIMIENTO

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:

SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)

CONTRATANTE (Sólo si es diferente al solicitante)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí consiento dicho tratamiento | <input type="checkbox"/> No consiento dicho tratamiento | <input type="checkbox"/> Sí consiento dicho tratamiento | <input type="checkbox"/> No consiento dicho tratamiento |
|---|---|---|---|

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

 Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante

INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE RECLAMACIONES POR REEMBOLSO EN ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

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:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> Formato para reembolso de Accidente y/o Enfermedad <ol style="list-style-type: none"> Aviso de Accidente o Enfermedad e Informe Médico Comprobantes de gastos con requisitos fiscales respectivos Copia de la historia clínica completa Interpretación de estudios, así como copia de los estudios practicados 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. 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. Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes y anestesistas 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. De igual forma, los comprobantes de gastos deberán ser expedidos a nombre del Asegurado titular. | <ol style="list-style-type: none"> Al comprar sus medicamentos en la farmacia, anexe a la nota, la receta del médico. Indique en sus notas los medicamentos o artículos que no sean para el paciente. Por cada consulta el médico deberá expedir el recibo de honorarios correspondiente, indicando el importe de la misma. Además de indicar las recetas médicas generadas por dicha consulta. 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, anestesista, etc.). No se aceptarán pagos a instituciones de beneficencia o establecimientos oficiales de servicio. 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. Haber concluido el proceso de registro de información bancaria del beneficiario del pago. |
|---|--|

Recuerde:

**Programar su cirugía o tratamiento médico le brinda grandes beneficios
 ¡Aprovéchélos!**