

¿Qué hay que entender de los Gastos Medicos Mayores?

¿Qué encontrarás en este artículo? Información sobre el funcionamiento de las pólizas de Gastos Médicos Mayores

¿A quién va dirigido? Nexa EDU.

Fecha de publicación: 16 de febrero 2022.

¿Cómo Funciona el Seguro de Gastos Médicos Mayores?

Al contratar un seguro existen muchas dudas, el precio, la cobertura y sobre todo ¿Cómo funciona el seguro de Gastos Médicos Mayores?, aquí se explicará estas y otras dudas.

El seguro de gastos médicos mayores se considera como una herramienta financiera la cual tiene la relación directa de proteger al cliente y su patrimonio como asegurado en caso de sufrir un accidente o enfermedad por ello, es necesario saber la siguiente información.

Primero, para saber cómo funciona entendamos el objetivo principal. Es un plan de protección, además es una inversión imprescindible para enfrentar cualquier eventualidad.

Permite cubrir los gastos de hospitalización con atención médica, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y análisis clínicos, entre otros servicios profesionales. Esto dependerá de la compañía aseguradora y del plan que se contrate. Esto es para ayudar a garantizar el

bienestar y el futuro del asegurado, por esta razón es que compartiremos los cuatro puntos clave con los que se debe entender qué es el seguro y como funciona.

Conoce tu Seguro de Gastos Médicos Mayores.

Cuando contratas una póliza lo que más te preocupa tal vez sea el costo y saber como funciona el seguro, la finalidad primordial de contratarlo es para protegerse y recibir apoyo en los momentos más difíciles en los que se pueda presentar daño a nuestra salud, o en caso de requerir alguna atención porque la salud del asegurado se vea comprometida.

Por esta razón es importante que se conozcan los términos y las condiciones de la póliza, así como de los diferentes procesos que se deben llevar a cabo al utilizar el seguro.

Atención o tratamiento médico programado:

Cuando esto ocurre, al programar con tu médico alguna cirugía o tratamiento, se puede incluir los traslados de cirugías ambulatorias con una estancia menor a 24 horas en el

hospital, si es el caso el paciente tiene los siguientes beneficios:

El asegurado puede conocer con anticipación si el tratamiento está o no cubierto por la póliza con base en el contrato.

No se desembolsará ningún gasto procedente, ya que el seguro paga directamente al hospital con el que tiene el convenio y a los especialistas que le den la atención del círculo médico.

Solamente se quedarán a cargo del deducible¹ y el coaseguro², esto de acuerdo a las políticas de cada seguro y su aplicación de los mismos, así como de los gastos personales.

1.- Requisitos Personales necesarios:

- Informe Médico el cual se debe llenar por cada médico tratante el mismo deberá ser actualizado cada 6 meses igual que las recetas médicas.
- Llenar el formato de aviso de accidentes o enfermedad o programación de cirugía.
- El asegurado debe realizarse estudios de laboratorio.
- Datos del equipo médico quirúrgico como nombre, RFC y teléfono donde se puede localizar.
- Se debe contar con el presupuesto desglosado por parte de cada integrante del equipo médico.

¹ **Deducible.** Es una cantidad de dinero a partir de la cual la Aseguradora empieza a pagar el monto de la reclamación. La Aseguradora no pagará accidentes o enfermedades cuya atención o tratamiento implique un monto menor al deducible

² **Coaseguro.** La mayoría de los seguros de gastos médicos, además del deducible, hacen que el Usuario se solidarice con ellos pagando una parte de los gastos, a lo

- Se debe indicar claramente el número de sesiones con el que consta el tratamiento médico o el tratamiento quirúrgico.

2.- Se debe entregar la documentación completa:

- Al menos con 5 días hábiles de anticipación al tratamiento o cirugía en la Oficina de Servicio más cercana al domicilio del asegurado o del domicilio registrado, o de los Centros de Atención Asegurados en los principales hospitales.
- Al entregarla, se le asignará un número de folio y un comprobante con la fecha de respuesta a su solicitud.

3.- Médico no perteneciente a la red de médicos u hospitales de tu aseguradora:

En caso de que el médico que prefiera el asegurado no sea parte de la red convenio de su aseguradora, deberá pagar directamente los honorarios médicos y posterior a ello se le podrá reembolsar por parte de su compañía de seguro médico de acuerdo a las condiciones y límites de la póliza que contratato.

4.- Entrega de carta o pase de entrada:

Cuando la solicitud es aprobada, se le entrega al asegurado una carta de pase esto ocurre aproximadamente a los 5 días hábiles después de haber entregado la documentación

cual se le llama coaseguro, por lo tanto lo convierten en coasegurador. El pago de esta cantidad tiene como objeto que sólo se utilice el seguro en caso de una enfermedad realmente grave, pero generalmente la Aseguradora no cobra ni deducible ni coaseguro en el caso de accidentes.

correspondiente, en caso contrario se le entregará una carta con el motivo del rechazo de la solicitud.

5.- Ingreso:

Una vez que tenga el asegurado la carta o pase se presentará en el hospital,

El día que ingrese debes ir con: original para el departamento de admisión, con una copia para el médico o caja de médico y debes conservar una copia para cualquier aclaración.

En caso de que se trate de un reembolso:

Este solo puede ser aplicado en caso de que haya pagado de manera directa a los prestadores de servicios médicos o farmacia para cubrir gastos originados por una enfermedad o accidente cubierto en la póliza.

Si lo que quiere es que le resuelvan de manera efectiva debe cumplir con lo siguiente:

6.-Debes contar con los siguientes requisitos necesarios:

Deberá presentar los comprobantes de pago a nombre del asegurado afectado o titular.

Estos deben ser originales, como las facturas del hospital, recibos de honorarios médicos los que incluyen cédula profesional o notas de farmacia sustentadas con una receta, estudios de laboratorio con interpretación médica, hospital y ambulancia.

Informe médico: el cual debe ser actualizado con un periodo máximo de 6 meses y formato

de aviso de accidente o enfermedad llenados y firmados por el titular y el médico tratante.

Para solicitar el reembolso por terapias de rehabilitación y/o servicio de enfermería hay que presentar las bitácoras de servicio, en las que debe venir el nombre del asegurado, el número de póliza, el diagnóstico y nombre del proveedor que proporcionará el servicio.

Si el asegurado estuvo hospitalizado, solicitar al médico una copia del expediente clínico.

En caso de que haya una intervención de autoridades legales, también se debe presentar el Acta del Ministerio Público.

Reporte Hospitalario:

Si el asegurado recibió atención médica de manera imprevista o no programada, entonces puede reportar el riesgo en el hospital, mismo que debe estar en convenio con la compañía aseguradora, para que pueda obtener el beneficio del pago directo, de este modo opera únicamente en estancias mayores a las 24 horas.

Requisitos necesarios:

- Tarjeta de identificación como asegurado.
- Identificación oficial con fotografía.

Ahora que ya sabes como funciona el seguro de gastos médicos mayores, no tienes pretextos sobre si debes o no contratar un seguro y si ya lo tienes esperamos que tus dudas hayan sido aclaradas.

Para conocer más sobre los términos y condiciones de este tipo de seguros puedes consultar a la página oficial de la AMIS³.

Trabajos citados

Daniel, C. (2020). ¿Cómo Funciona el Seguro de Gastos Médicos Mayores? *Ahorra Seguros*.

³ <https://sitio.amis.com.mx/>