

Todo lo que debe saber sobre su Programación de Cirugía, Tratamiento Médico o Servicios GMM

Guía Rápida



Es el proceso donde usted informa a GNP, de manera anticipada, que próximamente tendrá una intervención quirúrgica, tratamiento con hospitalización, cirugía ambulatoria o programación de algún servicio hospitalario. Al hacerlo, cuenta con los siguientes beneficios:

- Usted (o su médico) pueden elegir de manera oportuna el hospital en convenio.
- Le permite comprobar la disponibilidad y el uso de las instalaciones hospitalarias.
- Conoce con anticipación si el tratamiento está o no cubierto.
- Evita que usted cubra el monto de gastos procedentes, ya que su seguro pagará directamente al proveedor y médicos en convenio.
- Usted solo pagará el deducible, coaseguro y gastos personales:

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

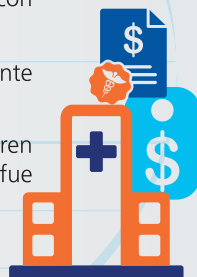
Si usted no cubre el monto total del deducible durante su vigencia, deberá pagar la diferencia de acuerdo con lo indicado en su nueva vigencia.

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.

Cuando haya cubierto el monto del deducible y el porcentaje de coaseguro, ya no se aplicarán estos conceptos.



WWW



- Ingrese al portal de internet: gnp.com.mx, acceda a la pestaña Soy Cliente, Formatos.
- Descargue los formatos de PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA o TRATAMIENTO MÉDICO.
- Reúna los requisitos que cada uno de los formatos indica al final o reverso del mismo.
- Complete los campos de acuerdo con su solicitud:
- Presente la documentación solicitada en nuestras oficinas de servicio. Consulte nuestras direcciones en gnp.com.mx. Para ello, acceda a la sección Asistencia y Contacto y busque su oficina más cercana. O bien, envíe los documentos escaneados en formato TIFF o PDF a la siguiente cuenta de correo: programatucirugia@gnp.com.mx.
- Para el seguimiento de su trámite, recibirá un número de folio vía correo electrónico.

¿Qué es la Programación de cirugía, tratamiento o rehabilitación?

Para solicitar la programación, siga estos sencillos pasos:

En su solicitud debe de considerar la siguiente información:

- Informe médico firmado por cada especialista involucrado en su atención médica, que indique diagnóstico definitivo y correctamente llenado (sin dejar espacios en blanco) con vigencia no mayor a 6 meses. Para trámites subsecuentes, su informe médico debe ser actualizado cada 6 meses.
- En caso de procedimientos o tratamientos de más de una sesión, indicar claramente las fechas y el número de sesiones del tratamiento médico o quirúrgico.
- Enviar copia de la interpretación de estudios que corrobore su diagnóstico.
- Aviso de accidente o enfermedad debidamente llenado y firmado por el Asegurado, señalando el padecimiento o mecanismo de lesión por el cual solicita la programación de su cirugía o tratamiento médico.

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

Importante

A partir de que Usted envíe su trámite con la documentación previamente requerida y completa, recibirá una carta con la respuesta a su solicitud en 5 días hábiles.

¿Qué rubros debe llenar en su aviso de accidente o enfermedad?

1. N° de póliza
2. Datos del Asegurado titular.
3. Datos del Asegurado afectado (en caso de ser distinto al Asegurado titular).
4. Si ha presentado gastos anteriores por el mismo padecimiento en esta u otra compañía, favor de indicarlo.
5. Fecha del accidente o inicio del padecimiento.
6. Si sufrió algún accidente, favor de describir brevemente lo ocurrido.
7. Nombre y firma del Asegurado contratante.

GNP Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
 Av. Cerro de las Torres No. 395
 Col. Campestre Churubusco
 C.P. 04200, México, Distrito Federal
 R.F.C. GNP92124PQ

CARÁTULA
 Gastos Médicos

Aviso de accidente o enfermedad (símbolos, programación de servicios y/o tratamiento médico)
 Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, firmado por el Asegurado.
 Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la de la reclamación, ni a reintegrar a los derechos que se señalan conforme a la póliza.
 Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

1 Póliza No. _____ día _____ mes _____ año _____

2 APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____ CÓDIGO CLIENTE _____
 R.F.C. _____ CURP _____ GÉNERO _____
 lettras año mes día homovae F M
 OCUPACIÓN ACTUAL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

3 DOMICILIO _____ NO EXTERIOR NO INTERIOR
 CALLE _____
 COLONIA _____ C.P. _____ CLAVE LADA _____ TELÉFONO _____

3 APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____ CÓDIGO CLIENTE _____
 R.F.C. _____ OCUPACIÓN _____ PARENTESCO CON EL TITULAR _____ GÉNERO _____
 lettras año mes día homovae F M
 DOMICILIO (En caso de ser distinto al del titular) _____ NO EXTERIOR NO INTERIOR
 CALLE _____
 COLONIA _____ C.P. _____ CLAVE LADA _____ TELÉFONO _____
 LUGAR DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN _____ ESTADO _____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____
 Si se cuenta con ella _____

4 ¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? NO DE RECLAMACIÓN NO DE RECLAMACIÓN
 TIPO DE RECLAMACIÓN _____
 INICIAL _____ COMPLEMENTARIA _____

5 SE TRATA DE: ACCIDENTE ENFERMEDAD EMBARAZO INDIQUE DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____
 SI ES ACCIDENTE DETALLESE ¿CÓMO Y CUÁNDO OCURRIÓ? _____ FECHA DEL ACCIDENTE O INICIO DEL PADECIMIENTO _____
 día _____ mes _____ año _____

6 EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿EXISTE SEGURO DEL (DE LOS) AUTOMÓVIL(ES)? SI No
 NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____ COBERTURA (SUMA ASEGURADA (SM)) _____ 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. DATOS DE INGRESO PROGRAMADO HOSPITAL DONDE SE INTERNARÁ. HORA _____ día _____ mes _____ año _____

En caso de requerir mayor información, concóntese al 5227-9000 en el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 toda sin costo para el interior de la República o visite gpn.com.mx

GNP Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
 Av. Cerro de las Torres No. 395
 Col. Campestre Churubusco
 C.P. 04200, México, Distrito Federal
 R.F.C. GNP92124PQ

REVERSO

NOMBRE DEL MÉDICO _____ ESPECIALIDAD _____ ¿SE ENCUENTRA EN CONVENIO CON ESTA COMPAÑÍA? SI No

¿A TRAVÉS DE QUE MEDIO LE FUE REFERIDO EL MÉDICO? GNP SEGUROS HOSPITAL OTRO

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN EL ES VERDADERA Y ESTÁ ACORDE CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS QUE CONOZCO, Y ME HAGO RESPONSABLE DE SUS CONSECUENCIAS.

COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS NACIONAL (CEC-NACIONAL) PARA PÓLIZAS PREMIER 300
 En caso de tener contratada indique si desea programar la atención médica a través de su cobertura: SI No

IMPORTANTE:
 Los padecimientos que quedan cubiertos a través de CEC-Nacional son: cáncer, enfermedades neurológicas y cerebro vasculares, enfermedades de las coronarias que requieren cirugía, trasplante de corazón, riñón, médula dorsal y pulmón.
 En caso de que la cobertura:
 • PROCEDA: GNP asignará el Hospital y Médico tratante, mismo que podrán ser distintos a los que usted indica en este formato.
 • NO PROCEDA: El trámite continuará bajo las condiciones de su cobertura básica con el Hospital y Médico Tratante que usted indica en este formato.

Tome 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, patrimonios y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gpn.com.mx. Por lo anterior:
 Si consento dicho tratamiento No consento dicho tratamiento Si consento dicho tratamiento No consento 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.

7 Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante _____

Se volvió la identificación oficial exhibida por el Asegurado y/o Contratante, de la cual se obtuvieron los siguientes datos:
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN _____ INSTITUCIÓN EMISORA _____
 FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN _____
 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE GNP: _____

NOMBRE DEL AGENTE _____
 CLAVE _____ TELÉFONO _____ ESTADO _____

En caso de requerir mayor información, concóntese al 5227-9000 en el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 toda sin costo para el interior de la República o visite gpn.com.mx

Línea GNP 5227 9000 CDMX
 01 800 400 9000 Interior de la República
 1 800 807 5697 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.

TRÁMITE	<input type="checkbox"/> Programación de cirugía <input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico <input type="checkbox"/> Reembolso			
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	(dd / mm / aaaa)
	Genero	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
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos	
	Antecedentes gineco-obstétricos		Antecedentes perinatales (si es necesario)	
Padecimiento actual			Fecha de inicio	
De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento			(dd / mm / aaaa)	
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)		Fecha de diagnóstico	
			(dd / mm / aaaa)	
Tipo de padecimiento				
<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)				

4020875Cinmed_0217 CG

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)	Tratamiento		Fecha de inicio (dd / mm / aaaa)
	CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	
	Complicaciones		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Descripción de complicaciones	
Información adicional			

DATOS DEL HOSPITAL	Nombre del hospital	Ciudad	Estado
	Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria		Fecha de ingreso (dd / mm / aaaa)

Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Teléfono	Celular	Fax	Correo electrónico*
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

[+] Si cuenta con él.

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.

Datos Personales:

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet gnp.com.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante

**Aviso de accidente o enfermedad
 (Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)**

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, firmado por el Asegurado.

Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		CÓDIGO CLIENTE	
	R.F.C. letras año mes día homoclave		CURP		GENERO		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
	OCUPACIÓN ACTUAL				CORREO ELECTRÓNICO*			
	DOMICILIO							
	CALLE				NO. EXTERIOR		NO. INTERIOR	
	COLONIA				C.P.		CLAVE LADA TELÉFONO	

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		CÓDIGO CLIENTE	
	R.F.C. letras año mes día homoclave		OCUPACIÓN		PARENTESCO CON EL TITULAR		GENERO	
	DOMICILIO (En caso de ser distinto al del titular)							
	CALLE				NO. EXTERIOR		NO. INTERIOR	
	COLONIA				C.P.		CLAVE LADA TELÉFONO	
	LUGAR DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN			ESTADO		MUNICIPIO O DELEGACIÓN		

[+] Si cuenta con ella.

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO EN ÉSTA U OTRA COMPAÑÍA?			
TIPO DE RECLAMACIÓN		NO. DE RECLAMACIÓN	
<input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA			
SE TRATA DE:		INDIQUE DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> EMBARAZO			
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE ¿CÓMO Y CUÁNDO OCURRIÓ?			FECHA DEL ACCIDENTE O INICIO DEL PADECIMIENTO
			día 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: día mes año	

4020875Cavisaeaccnd_0913V0.indd

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.		

COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS NACIONAL (CEC-NACIONAL) PARA PÓLIZAS PREMIER 300

En caso de tenerla contratada indique si desea programar la atención médica a través de esta cobertura: Sí No

IMPORTANTE:

Los padecimientos que quedan cubiertos a través de CEC-Nacional son: cáncer, enfermedades neurológicas y cerebro vasculares, enfermedades de las coronarias que requieren cirugía, trasplante de corazón, hígado, riñón, médula ósea y pulmón.

En caso de que la cobertura:

- **PROCEDA:** GNP asignará el Hospital y Médico tratante, mismos que podrían ser distintos a los que usted indica en este formato.
- **NO PROCEDA:** El trámite continuará bajo las condiciones de su cobertura básica con el Hospital y Médico Tratante que usted indica en este formato.

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:

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

Se validó la identificación oficial exhibida por el Asegurado y/o Contratante, de la cual se obtuvieron los siguientes datos:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	INSTITUCIÓN EMISORA	FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE GNP:

NOMBRE DEL AGENTE		
CLAVE	TELÉFONO	ESTADO

41020875Cavisaccid_0913VD_1.indd