

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

"CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL ACADÉMICO"

VIGENCIA DE LAS 12:00 HORAS DEL DÍA 31 DE AGOSTO DE 2014 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE AGOSTO DE 2016.

PREGUNTAS FRECUENTES

EN SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA, QUEREMOS OFRECERLE UN SERVICIO RÁPIDO Y EFICIENTE PARA LO CUAL SE PRESENTA LA GUÍA DE PREGUNTAS FRECUENTES QUE TIENE LA FINALIDAD DE QUE USTED CONOZCA SU POLIZA Y EL SERVICIO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.

DEFINICIONES:

USTED	ES EL ASEGURADO
SU, SUS	SON DEL ASEGURADO
NOSOTROS	SOMOS SEGUROS INBURSA S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA
NUESTRA Y NUESTROS	SON DE SEGUROS INBURSA S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA

¿Qué debo de entender por accidente?

Un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al asegurado ocasionándole daño(s) corporal(es). No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el asegurado.

¿Qué debo de entender por enfermedad?

Toda alteración en la salud del asegurado debida a causas internas o externas por las cuales amerite tratamiento médico y/o quirúrgico. las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en este párrafo, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos, de origen interno o externo, con relación al organismo. son materia de este instructivo solo las enfermedades que ameriten tratamiento médico y/o quirúrgico.

¿Qué debo de entender por enfermedad crónica?

Aquella de larga evolución que se desarrolla en forma lenta y progresiva y puede acompañarse de complicaciones en diversos aparatos y sistemas.

¿Qué debo de entender por enfermedad terminal?

Aquella que se acompaña de manifestaciones clínicas de insuficiencia orgánica, de aparatos o sistemas.

¿Que se considera emergencia médica?

Cualquier enfermedad y/o accidente cubierto por esta póliza que pone en peligro la vida del asegurado y/o la viabilidad de alguno de sus órganos, por la cual requiere atención médica inmediata, o bien aquel evento cuyos signos y/o síntomas previos al diagnóstico definitivo requieran atención médica inmediata

Es toda enfermedad o accidente, la cual resulte en forma súbita e inesperada y requiera atención médica inmediata para prevenir la muerte o un daño orgánico y/o funcional irreversible en la salud.

¿En qué consiste el deducible?

Es la cantidad fija con la que usted participa en el uso de su póliza de GMM. Dicho de otra forma, es el importe fijo en cuanto a gastos que debe ser superado para que pueda utilizar la cobertura de la póliza, esto de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza de gastos médicos de la UNAM

¿En qué consiste el coaseguro?

Es el porcentaje establecido como su participación sobre el monto total de la reclamación de gastos médicos que exceda al deducible. Se paga coaseguro de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza de gastos médicos de la UNAM

¿Qué debo de entender por reembolso?

Es el sistema mediante el cual usted puede recuperar los gastos por la atención médica, hospitalaria, laboratorio, gabinete, medicamentos, que reciba como consecuencia de un accidente o enfermedad que este cubierto por su póliza.

¿Qué debo de entender por pago directo?

Es un servicio mediante el cual nosotros pagaremos directamente a los prestadores de servicios, afiliados a nuestra red medica de seguros de gastos médicos mayores, los gastos resultantes por la atención medica que usted reciba, sin que tenga que realizar desembolsos por los gastos erogados, quedando únicamente a su cargo los gastos no

cubiertos por su póliza, así como el deducible y coaseguro que correspondan, de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza de gastos médicos de la UNAM

¿Qué es una cirugía programada?

Es aquella que se planea con cierta anticipación, una vez realizado el diagnóstico por su médico

¿Qué se entiende por cirugía ambulatoria?

Es la cirugía que requiere estancia hospitalaria menor de 24 horas.

¿Cuáles gastos de maternidad quedan cubiertos?

- 1 HONORARIOS MÉDICOS DE CIRUJANO, ANESTESIA, Y AYUDANTE.
- 2 HOSPITALIZACIÓN.
- 3 MEDICAMENTOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL.

Siempre y cuando se haya tenido cobertura de maternidad al menos 10 meses antes del evento, con excepción del parto prematuro y aborto involuntario, donde se elimina el período de espera.

¿Qué es una enfermedad congénita?

Es el conjunto de trastornos o alteraciones físicas y orgánicas que se presentan o se desarrollan durante la vida intrauterina del producto. Quedan cubiertos para hijos de asegurados que hayan nacido durante la vigencia de la póliza y hayan sido dados de alta a la póliza durante los primeros 30 días después del nacimiento.

¿Cuáles son los padecimientos preexistentes?

Son aquellos padecimientos que se hubieran manifestado en fecha anterior a la iniciación de vigencia de la póliza, fueron diagnosticados por un médico, fueron aparentes a la vista o por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidos.

¿A dónde puedo acudir para realizar trámites relativos a la póliza de gastos médicos mayores?

- R. Podrá acudir a los módulos de atención UNAM-INBURSA exclusivos para los asegurados universitarios, ubicados en:

- 1.- "Tu Tienda UNAM" en el campus de C.U. de Lunes a Viernes de las 9:00 a las 18:00 Hrs. y los días sábados de las 9:00 a la 13:00.
- 2.- En las Instalaciones de AAPAUNAM, ubicadas en Casa Club del Académico.
- 3.- En las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores "Cuautitlán", campus 4, se encuentra ubicada una oficina de atención para la población asegurada que trabaja en la Zona Norte del Distrito Federal.
- 4.- En las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza", se encuentra ubicada una oficina de atención para la población asegurada que trabaja en la Zona Oriente del Distrito Federal.
- 5.- En el área de gastos médicos mayores de la Dirección General de Personal en Av. Universidad 3000, C.U.

¿Qué trámites puedo realizar en el módulo de atención UNAM-INBURSA y cuáles en las oficinas de atención?

- R.- Los trámites más importantes a realizar son los mismos ya sea en el Módulo o en las Oficinas, y entre otros son:

- 1.- Altas, Bajas y Aclaraciones de los dependientes que ya tenga el asegurado o que quiera incorporar a la póliza de gastos médicos mayores.
- 2.- Contratación de la cobertura básica para el personal de tiempo completo, funcionarios, asignatura, confianza y del personal asegurable que se encuentre en periodo pre-jubilatorio exclusivamente.
- 3.- Contratación de las coberturas adicionales a la cobertura básica para los asegurados como son: Excesos de suma asegurada, Hijos mayores de 25 y hasta 29 años, Emergencia en el extranjero en caso de viajes por motivos particulares.
- 4.- Orientación sobre programación de cirugías, reembolso de gastos médicos y hospitalarios.
- 5.- Aclaraciones por descuentos por nómina con motivo del seguro de gastos médicos mayores.
- 6.- Orientación sobre gastos cubiertos y no procedentes en la póliza de gastos médicos mayores.
- 7.- Expedición y duplicados de certificados y credenciales tanto de la cobertura básica como de las adicionales.
- 8.- Si usted es profesor de asignatura con una o cuarenta horas o personal de confianza que contrataron potestativamente el seguro de gastos médicos, deberán acudir al módulo u oficinas de atención UNAM-SBG, antes indicadas, para recoger los documentos que lo acrediten como asegurado, como son: Certificado, Credenciales y CD para la cobertura básica y/o Certificado para las coberturas adicionales.

Adicionalmente podrá realizar los trámites señalados en los números 1, 2, 3, 4, y 6, en el área de gastos médicos mayores de la Dirección General de Personal.

¿Existe un correo electrónico de la UNAM en el que pueda solicitar orientación sobre mi seguro de gastos médicos mayores?

- R.- En el siguiente correo electrónico www.personal.unam.mx

¿Qué es la Cobertura Básica yCuál la Adicional?

- R.- En términos generales, la cobertura básica es aquella cobertura que proporciona la UNAM y ésta sea pagada al 100% por ella, o aquella en la que participa de manera proporcional de acuerdo con las horas académicas contratadas por el personal académico de Asignatura, o bien que la prima sea pagada al 100% por el personal de confianza.

Por cobertura(s) adicionales se debe entender aquella protección o beneficio que los asegurados adquieren de manera potestativa y con cargo a la nómina o de contado, entre ellas: Excesos de suma asegurada, Hijos mayores de 25 y hasta 29 años, Emergencia médica en el extranjero por motivos particulares, Periodo de Beneficio.

¿Si yo contraté la cobertura adicional de excesos de suma asegurada y/o la de hijos mayores de 25 años, tengo que volver a hacer el trámite de continuidad con Seguros Inbursa, para no perder la antigüedad?

- R.- Una vez que ya realizó el trámite de contratación con alguna compañía anterior, no tiene la necesidad de volverlo a hacer, en virtud de que se renuevan automáticamente y las bases de datos de estas coberturas se transmiten a la compañía de seguros que resultó ganadora de la licitación, con el fin de que no pierdan sus derechos de antigüedad.

En caso de que decida ya no continuar con las coberturas adicionales deberá solicitar la cancelación o baja de las coberturas o la baja de dependientes, mediante el llenado del formato correspondiente el cual podrá solicitar en el módulo de atención de "Tu Tienda UNAM", en las oficinas de atención y/o en el área de gastos médicos mayores de la Dirección General de Personal.

Le recomendamos que vigile periódicamente los talones de pago para verificar que la compañía aseguradora le está descontando las primas los seguros o coberturas Básicas

contratadas, o si fuera el caso, y de las coberturas adicionales. Si tienen dudas sobre los descuentos acuda a Módulo de Atención UNAM-INBURSA, ellos le podrán orientar sobre cada uno de los descuentos, ¡¡¡por favor no dude en hacerlo!!!

¿Qué significa el término Suma Asegurada?

- R.- La suma asegurada es el importe máximo de responsabilidad de la aseguradora por cada evento originado dentro de su vigencia. Entendiéndose como evento el padecimiento o accidente reclamado por el asegurado.

Es conveniente que tenga en cuenta que una vez agotada la suma asegurada ésta no se reinstala o renueva en cada vigencia o con cada aseguradora que tenga la administración del seguro de gastos médicos.

Por ello es conveniente la contratación de la cobertura adicional de Excesos para tener mayor posibilidad de seguir reclamando gastos dentro de la actual vigencia de la póliza.

De no hacer uso de esta cobertura adicional, durante la presente vigencia podrá trasladarla a la siguiente vigencia.

¿Qué debo de entender por Padecimiento Nuevo?

- R.- Es aquel evento médico en el cual los síntomas o signos se presentan por primera vez dentro de la vigencia de Seguros Banorte Generali, incluso los accidentes iniciados dentro de la misma vigencia. No se consideran en este criterio las secuelas de los mismos.

También se considera como Padecimiento Nuevo, aquel evento médico tratado y reclamado a una compañía de seguros hace cuatro años y que este padecimiento no tenga recaídas y/o gastos reclamados a las aseguradoras en turno en los últimos cuatro años.

¿Qué debo hacer o con quién puedo acudir en caso de que me tenga que hospitalizar?

- R.- En caso de una emergencia médica o accidente, es recomendable tener usted y sus dependientes la credencial de gastos médicos mayores a la mano, para evitar demoras en su internamiento.

Si el asegurado va acompañado de un familiar o amistad al ingresar al hospital, deberán cerciorarse que la Institución médica reporte su ingreso a la aseguradora, para que un médico de la misma pase a visitarlo y tome nota de su ingreso, del expediente médico e inicie el trámite de autorización.

En caso de un ingreso por urgencia o accidente o a sugerencia de su médico y usted no tramitó la programación de cirugía con la aseguradora, de la misma forma deberá reportar su ingreso a la aseguradora a los teléfonos que se encuentran al reverso de su credencial del seguro, independientemente de que el hospital también lo haga. Un médico de la aseguradora deberá pasar a visitarlo(a) dentro de las 24 Hrs. siguientes del reporte, se sugiere insistir.

Una vez que usted haya reportado a la aseguradora y habiendo sido visitado(a) por el médico y si su estancia es mayor de dos días, el pago lo realizará la aseguradora de manera directa.

¿Qué debo hacer o con quién puedo acudir en caso de que la aseguradora solicite información médica durante mi estancia en un hospital?

- *R.- Si usted no programó con anticipación su ingreso al hospital, seguramente el médico de la aseguradora le solicitará información médica, estudios y su resultado, igualmente solicitará el llenado del informe médico con **diagnóstico definitivo**. Se recomienda solicitarle al médico tratante que lo haga lo más pronto posible, para evitar contratiempos en su alta hospitalaria.*

Es muy importante que usted vigile que su médico tratante al llenar el formato correspondiente, incluya el diagnóstico definitivo, ya que de no hacerlo Seguros Inbursa lo solicitará para autorizar la procedencia del pago.

Si por el contrario, usted solicitó a la aseguradora la programación de cirugía y le fue autorizada, seguramente no tendrá ningún inconveniente respecto al padecimiento programado.

¿Qué documentos requiero presentar para programar mi cirugía y en cuánto tiempo responde seguros Inbursa?

- *R.- Deberá tramitar su programación con cinco días hábiles de anticipación a su intervención.*

Deberá entregar en el módulo UNAM-INBURSA o en las oficinas de atención antes del plazo señalado para obtener respuesta oportuna, anexando:

- 1.- Informe médico total y debidamente llenado y firmado por el médico tratante, cuidando que se transcriba la fecha de inicio del padecimiento, antecedentes histopatológicos, diagnóstico definitivo, estudios practicados y tratamiento o intervención quirúrgica a practicarse.*
- 2.- Informe del Reclamante debidamente llenado y firmado a mano por el paciente.*
- 3.- Adjuntar copia u original de los estudios practicados, así como su interpretación.*
- 4.- Se recomienda que en una hoja o receta, el médico tratante especifique los honorarios profesionales del equipo médico, especificando el importe por cada uno de ellos (cirujano, anestesista, ayudante), o bien la duración del tratamiento, según sea el caso.*

Si a criterio del médico de la aseguradora, requiere mayor información, ésta le será solicitada antes de la intervención quirúrgica, lo anterior favorece para que no tenga retrasos durante su estancia hospitalaria.

¿En qué casos se puede programar la cirugía y cuál es su beneficio?

- R.- En todos aquellos casos que, a criterio del médico tratante, no se relacionen con accidentes, urgencias médicas, y que éstas pongan en peligro la vida del paciente, o bien aquel evento cuyos signos y/o síntomas previos al diagnóstico definitivo requieran atención médica inmediata.*

Se deberá considerar que son sujetos de programación aquellos padecimientos y maternidad que requieran de hospitalización por más de dos días. Por lo que las cirugías o accidentes de carácter ambulatorio se tramitarán vía reembolso.

El beneficio o importancia de programar la cirugía es evitar que usted realice gastos que la aseguradora puede conocer con anticipación y exactitud mediante un informe médico que especifique el tipo de padecimiento y si éste se encuentra cubierto por la póliza de gastos médicos de la UNAM. Con ello se evita que al paciente hospitalizado le sea rechazada la atención. Otro beneficio es el de contar con anticipación la autorización de la aseguradora, en su caso. Igualmente conocer los motivos del rechazo y tener el tiempo suficiente para aclararlo o bien para que la familia decida los pasos a seguir.

¿Cómo o cuándo sé que el médico tratante corresponde a la Red Médica y cuáles son los Hospitales en convenio a de Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa y cuál es su beneficio?

- R.- Si usted no cuenta con un médico especialista, podrá consultar con Seguros Inbursa, S.A. la Red Hospitalaria y Médica por especialidad y ubicación, bastando para ello que llame a los teléfonos que aparecen al reverso de su credencial del seguro y preguntar cuál(es) le(s) recomiendan, o bien en la página de Seguros Inbursa “ www.inbursa.com”

El beneficio de acudir con un médico de Red es el evitar desembolsar cantidades resultantes por diferencias de honorarios profesionales que no tenga contempladas en su tabulador médico Seguros Inbursa, S.A.

Si por el contrario usted ya cuenta con un médico tratante o va acudir por primera vez, es recomendable que le pregunte si pertenece a la Red Médica de Seguros Inbursa, S.A., y en particular con la póliza de la UNAM, para ello le sugerimos que cuando acuda con su médico, y de ser el caso, le pregunte el nombre o tipo de procedimiento quirúrgico que le va a efectuar, ya que con ello la aseguradora aplicara el tabulador médico correcto que corresponda.

¿En el Tríptico denominado "Hospitales Sede y Nuevos Beneficios" que nos entregaron con la credencial de Seguros Inbursa, se informa que en dichos hospitales se eliminan los conceptos Deducible y Coaseguro a Cargo del Asegurado. De existir excepciones nos podrían informar en qué casos si correspondería pagarlos?

- R.- en caso de que los gastos por atención médica y hospitalaria no rebasen el límite del deducible. Ej., si usted tiene una suma asegurada de \$850,000.00, los gastos incurridos deberán rebasar los \$8,500.00.

Si los gastos no rebasan el Deducible en el momento del primer gasto, y habiendo gastos posteriores por el mismo padecimiento, durante la vigencia de Seguros Inbursa, podrá acumularlos y presentarlos para reembolso.

¿Cuál es el beneficio de ser atendida en los Hospitales Sede?

- R.- El beneficio que puede obtener al atenderse en los Hospitales Sede consiste en eliminar el pago de deducible y coaseguro por cualquier padecimiento ya sea por

emergencia médica, accidente y programación de cirugía. Por lo que le recomendamos que para evitar el pago de los mismos acuda siempre a estas instituciones médicas

En caso de no acudir a estos hospitales tendría que pagar Deducible y Coaseguro, salvo en los casos de una emergencia médica (Diagnosticada por el Medico a cargo) y que éstas pongan en peligro la vida del paciente, o bien aquel evento cuyos signos y/o síntomas previos al diagnóstico definitivo requieran atención médica inmediata, en el mismo caso se encuentran los accidentes.

¿Cuál es el porcentaje o cantidad que se tiene que pagar por Deducible y Coaseguro?

- R.- El Deducible es una cantidad que el asegurado aporta por la utilización del servicio y ésta es en función a la suma asegurada que le corresponda a cada grupo o población de asegurados, de tal forma que para cada padecimiento reclamado se aplicará el siguiente criterio:

SUMA ASEGURADA	IMPORTE DE DEDUCIBLE
\$1,100.000.00	\$ 8,500.00
\$ 850,000.00	\$ 8,500.00
\$ 250,000.00	\$ 2,500.00

El Coaseguro, se trata de un porcentaje variable a cargo del asegurado que se cobra y se aplica contra el monto erogado después de descontar el importe del Deducible cobrado, igualmente va en función al tipo o nivel del o los hospitales y si estos se encuentran o no en la red hospitalaria de Banorte Generali.

Le recomendamos utilizar los Hospitales Sede y checar los porcentajes de Deducible y Coaseguro en la página web www.inbursa.com .

¿Los Honorarios Médicos y cualquier otro gasto médico distinto del hospitalario también son sujetos de Deducible y Coaseguro?

- R.- Si, en términos generales, si los honorarios médicos son como consecuencia de algún padecimiento o accidente atendido en un Hospital Sede, no se cobrarán estos conceptos, por igual los medicamentos o estudios practicados o comprados en las instalaciones del Hospital Sede tampoco se cobrarán. Una vez que el paciente es dado de alta hospitalaria, los honorarios, los gastos por estudios de control o compra de medicamentos, etc., subsecuentes prescritos por el mismo médico

tratante dentro del mismo hospital sede no aplicarán el Deducible y Coaseguro correspondiente.

Por el contrario, si el paciente es atendido en los Hospitales Red o convenio de Seguros Inbursa (no Hospital Sede) o en algún hospital que no tenga convenio y no pertenezca a la Red de la aseguradora, se cobrarán las cantidades y porcentajes correspondientes de Deducible y Coaseguro, salvo en los casos en que sea una emergencia médica que pongan en peligro la vida del paciente, o bien aquel evento cuyos signos y/o síntomas previos al diagnóstico definitivo requieran atención médica inmediata. En el mismo caso se encuentran los accidentes.

¿Qué trámites debo realizar para hacer una reclamación de Reembolso de gastos médicos y qué documentos requiero presentar?

- *R.- Deberá acudir al módulo de atención exclusiva UNAM-INBURSA en “Tu Tienda UNAM”, en las Instalaciones de AAPAUNAM ubicadas en la “Casa Club del Académico”, en las oficinas de atención en las sedes de “FES Cuautitlán”, “FES Zaragoza” y reunir los siguientes documentos:*

1.- Informe médico debidamente llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante. Cuidar que en este documento se incluya el Diagnóstico Definitivo y la fecha de Inicio del padecimiento.

2.- Informe del Reclamante debidamente llenado y firmado a mano por el paciente.

3.- Copia u original de los estudios practicados y su(s) interpretación(es).

4.- Originales de las facturas y/o recibos de honorarios expedidos a nombre del titular de la póliza.

5.- No se aceptan Tickets o notas de salida de la mercancía de farmacias, por lo que deberá solicitar la factura fiscal a nombre del titular de la póliza.

6.- Copia u original de la receta médica, cuidando que ésta no sea mayor al periodo del tratamiento o de acuerdo a la prescripción médica.

Para subsecuentes reclamaciones, derivadas del mismo padecimiento, ya no requerirá presentar nuevo Informe Médico ni Informe del Reclamante.

En caso de presentar más de una reclamación de reembolso de gastos por más de un padecimiento deberá presentar por separado los documentos señalados. Lo anterior le beneficiará en los tiempos de atención.

¿Existe un término para hacer reclamaciones o solicitar el reembolso de gastos por padecimientos originados dentro de la póliza contratada con Seguros Inbursa?

De conformidad con los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, establece que "Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

¿Si deseo salir al extranjero por motivos personales o escolares de alguno de mis dependientes, ¿qué debo hacer?

- R.- Es muy importante para usted el saber que la póliza de gastos médicos mayores de la UNAM, solo cubre enfermedades o accidentes en Territorio Nacional, (excepto para el personal académico de Ensenada, B.C.) por lo que deberá acudir al módulo de atención exclusiva en "Tu Tienda UNAM", en las Instalaciones de AAPAUNAM ubicadas en la "Casa Club del Académico", o en las oficinas de atención en la "FES Cuautitlán", "FES Zaragoza" y solicitar la cotización de la cobertura para "Emergencia en el Extranjero". Esta cobertura se otorga por periodos mensuales y como máximo hasta seis meses, a su vencimiento podrá solicitar la renovación llevando a cabo el mismo procedimiento.

¿Si mi dependencia y el Consejo Técnico aprobaron mis estudios o investigaciones en el extranjero, ¿ qué debo hacer o quién realiza el trámite de ampliación de la cobertura en el extranjero?

- R.- Deberá vigilar que la Secretaria o Unidad Administrativa o el Departamento de Personal de su dependencia remita al Departamento de Seguros de la Dirección General de Personal, oficio de autorización y/o acuerdo del consejo, según el caso, en los que se indiquen: a) Calidad en la que viaja (comisionado o becado), b) fechas de salida y regreso de su estancia, c) nombre del país(es) o ciudad(es) a la(s) que viajará y d) nombre(s) de la(s) institución(es) u organismo(s) en el (los) cual(es) desarrollará(n) su Comisión o Beca. En caso de viajar acompañado por sus dependientes (becado-sabático) señalar sus nombres y fechas de nacimiento. Si usted viaja como Comisionado por la UNAM con sus dependientes deberá contratar en el módulo de atención, de manera personal, la cobertura adicional de Emergencia en el Extranjero para ellos.