

## **INSTRUCTIVO SINIESTROS DE HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y MATERNIDAD**

Es muy importante para nosotros que usted conozca los servicios que ofrece su póliza de salud:

### **CASOS DE EMERGENCIA:**

Cuenta con este servicio los 365 días del año, las 24 horas del día, sólo en casos de emergencia, es decir, en aquellas situaciones inesperadas que requieren de atención médica inmediata, porque se encuentra en peligro la vida de un asegurado. ¿Qué hacer en caso de emergencia?:

1. Diríjase al centro hospitalario de su preferencia, que pertenezca al listado de clínicas de su aseguradora.
2. Identifíquese en el área de emergencia de la clínica, presente su cédula de identidad.
3. Anuncie su deseo de utilizar el servicio e indique en que compañía se encuentra asegurado.
4. El operador de la clínica se comunicará con la compañía de seguros para solicitar la clave de emergencia que le permitirá el ingreso al centro hospitalario y atención médica inmediata.
5. El Analista de Seguros otorgará la clave, dependiendo de las condiciones de la póliza (vigencia, coberturas, primas).
6. Una vez autorizada la clave de emergencia, usted deberá cancelar a la clínica el deducible contratado en su póliza de salud.

### **CARTAS AVALES:**

El servicio de carta aval se otorga para garantizar la entrada a centros hospitalarios sin pagos previos (exceptuando el deducible), para tratamiento médico hospitalario y/o intervenciones quirúrgicas programadas.

La compañía de seguros establece un plazo de 36 horas hábiles para darnos respuesta de la solicitud, en ocasiones solicitan algún recaudo adicional o que el asegurado afectado sea evaluado por un médico (especialista) asesor de la compañía. Por ello, antes de fijar fecha con su médico tratante para la intervención, debe solicitarnos la carta garantía y suministrarnos original y dos copias de los siguientes documentos:

- a.- Informe médico amplio y detallado, que indique el diagnóstico definitivo y procedimiento a aplicarse.

b.- Presupuesto Clínico.

c.- Exámenes realizados que confirmen el diagnóstico (con informe).

Este servicio no debe utilizarse en caso de emergencia, para ello cuenta con el servicio de claves de emergencia.

Las cartas avales, tienen una vigencia de 15 días continuos, a partir de su fecha de emisión, excepto las cartas emitidas por Seguros Mercantil, cuyo vencimiento es de 30 días continuos.

### **RECLAMOS CONTRA REEMBOLSO:**

Cuando el asegurado cancela directamente al centro hospitalario, y desea solicitar el reembolso de los gastos incurridos; debe hacernos llegar los siguientes documentos, dentro de los treinta (30) días siguientes de la fecha de la factura; excepto los asegurados de Multinacional de Seguros que tienen un plazo de quince (15) días.

1. Planilla Declaración de Siniestro, llena en todas sus partes y firmada por el asegurado.
2. Informe del médico tratante: amplio, detallado y legible, que indique diagnóstico definitivo y tratamiento médico aplicado.
3. Facturas originales canceladas.
4. Facturas de farmacias soportadas por récipes médicos; las facturas de talonario deben estar soportadas por su respectivo ticket de caja.
5. Facturas de laboratorio, radiografías y exámenes realizados de acuerdo a la patología presentada, acompañadas de su orden médica y resultado respectivo.
6. Carta narrativa, en caso de accidente.

Las facturas presentadas deben cumplir los requisitos exigidos por el SENIAT, según Gaceta Oficial No. 36859 de fecha 29 de Diciembre de 1999, publicada en resolución 320.

Si los gastos se ocasionaron en el extranjero, toda la documentación debe ser autenticada por el Consulado Venezolano del país donde fue atendido el asegurado afectado.

**En aquellos casos, en que tenga una cirugía programada, pero por cualquier motivo, decide cancelar todos los gastos y tramitarlo contra reembolso, es IMPORTANTE notificar a POLIPRIMA con 72 horas de anticipación. Debe indicarnos: Fecha de Intervención, motivo y clínica donde será atendido.**

Todas las reclamaciones tienen un periodo de análisis de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de entrega del último recaudo.

El cheque correspondiente a la indemnización, es emitido a favor del asegurado titular de la póliza o certificado.

### **COBERTURA DE MATERNIDAD:**

Los alumbramientos, son intervenciones programadas, por lo que es necesaria la tramitación de una carta aval.

El reembolso de los gastos pre-natales, debe solicitarse después del parto o cesárea.

### **OBSERVACION IMPORTANTE:**

Las aseguradoras mantienen dos tipos de proveedores médicos:

a.- Clínicas Convenidas: Son las clínicas o instituciones hospitalarias, en las cuales la compañía garantiza el pago del 100% del monto facturado una vez descontados el deducible, los gastos no amparados y el porcentaje de reembolso; hasta el máximo de la suma asegurada contratada.

b.- Clínicas Afiliadas: Son las clínicas o instituciones hospitalarias en las cuales la compañía indemnizará tomando en cuenta los costos razonables: promedio calculado por la compañía considerando los costos para un mismo tipo de procedimiento médico quirúrgico en una misma área geográfica, proveedores de una misma categoría o equivalente a aquella donde es atendido el asegurado.