

PROCESO DE REEMBOLSO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE 2020-2021

Tipo de accidentes que cubre el seguro	Toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el alumno por la acción súbita, fortuita y violenta como consecuencia directa de una causa externa. No provocada por él mismo o como consecuencia de una riña con sus compañeros.
Ámbito de Cobertura	a) Actividades extracurriculares supervisados y autorizados por la escuela b) La estancia dentro de la escuela en horarios establecidos de clase ante la SEP
Actividades excluidas para el reembolso en el hogar	Actividades en bicicleta, patines o deportes de contacto (box, karate, tochito y taekwondo).
Monto máximo a cubrir	\$100,000.00
Monto deducible por accidente	\$500.00

1. Si el accidente fue:

- a) En las instalaciones del DOMSA el alumno deberá acudir a enfermería ese mismo día y en el momento que sucede el accidente y solicitar la primera atención.

El docente (asesor, coordinador o director de sección) llamará al padre de familia para indicar lo sucedido y el encargado del área de enfermería enviará a valoración médica.

El encargado del área de enfermería le informara el proceso de reembolso de seguro médico escolar y los pasos a seguir en caso de activarlo.

- b) En algún partido y/o actividad foránea al DOMSA y que se haya dado aviso a administración, mediante algún escrito indicando, sede, horario, alumnos participantes, el área de enfermería le darán al responsable de la actividad el formato para el reembolso de seguro médico escolar, el coordinador indicara la información para hacer efectivo el reembolso al padre de familia.

- c) El formato de reclamación de gastos accidentes deberá ser llenado, firmado y sellado por el encargado del área de enfermería del colegio.

2. Si el accidente fue:

- a) **En el hogar**, durante la contingencia declarada por el Gobierno de México a causa de COVID-19.

Nota: La cobertura de accidentes ocurridos dentro de casa será en horarios escolares o actividades asignadas por la escuela.

- b) El padre de familia, notificará a la brevedad posible (en un plazo no mayor a 24 horas posterior al accidente) por medio de un correo electrónico, con una breve descripción de los hechos, indicando lugar y hora del accidente a la persona que sea responsable del área de enfermería para recibir notificaciones en caso de un accidente, ya que para hacer efectivo el reembolso la asegurada solicita que el servicio médico del colegio tenga conocimiento del accidente, la información deberá enviarla a la siguiente dirección enfermeria@institutodomingosavio.edu.mx.

En el mismo informe el padre de familia deberá indicar qué modalidad de formato requiere que se le envíe para cubrir el accidente.

El número de emergencias es 5535550615, únicamente es para aclarar dudas del proceso en caso de requerirlo.

- **Vía reembolso:** Aplicará en aquellos casos en los que la atención sea en cualquier hospital de elección del padre de familia y entendiendo que no están dentro del convenio con la aseguradora, por lo que quedará por enterado que la aseguradora maneja tabuladores y lo someterá a revisión para realizar el pago del reembolso.

NOTA: Al final de este procedimiento se adjunta listado de hospitales en convenio con la aseguradora HIR SEGUROS.

- c) El responsable del área de enfermería responderá al padre de familia con el envío del formato que eligió debidamente requisitado, firmado y sellado. Es importante mencionar que el horario de atención es el mismo el cual académicamente se está recibiendo el servicio de 7:00hrs a 15:00hrs, si existe alguna actividad extraescolar el coordinador de ambiente deporte y disciplina (add), deberá avisar al área de enfermería para poder cubrir el servicio y solo se tomará en cuenta al listado de alumnos que participen en dicha actividad.

Nota: es importante mencionar que el horario de actividades deportivas durante el tiempo de confinamiento es de 16:00 a 17:00hrs previamente aprobado y que solo es para alumnos que ya pertenecían a actividades deportivas y tercero de preescolar. Dentro de la convocatoria que se enviará a los padres de familia menciona que la inscripción será a través de correo, una vez que se tenga este listado, se hace llegar a administración para que tenga en cuenta a los alumnos que pertenecen a esta actividad.

Para las actividades de grupos de asociacionismo y sacramentos que ya comienzan el lunes 5 octubre, con un horario de 15:00hrs a 16:00hrs. dentro de la convocatoria que se enviará a los padres de familia, menciona que la inscripción será a través de correo, una vez que se tenga este listado, se hace llegar a administración para que tenga en cuenta a los alumnos que pertenecen a esta actividad.

- d) Al realizar el reembolso la seguradora restará del monto total, el deducible (\$500.00 quinientos pesos).

3. En el caso de solicitar la modalidad de vía reembolso, ya sea en accidente en el hogar durante la contingencia por COVID-19 o cuando estemos de regreso en actividades en el colegio, se deberá pedir factura por todos los gastos efectuados por el padre de familia por el accidente, si no tiene RFC fiscal se deberá solicitar las facturas con el RFC genérico XXXXAAMMDD. LAS FACTURAS DE LOS GASTOS DEBEN VENIR A NOMBRE DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR, NO A NOMBRE DEL COLEGIO **y deberá entregar el original de cada uno de ellos en el área de enfermería en un horario de lunes a viernes de 7:00 hrs a 15:00 hrs, para poder continuar con el proceso de reembolso.**

A continuación mencionaremos ejemplo de algunos gastos que si se reembolsan:

- Medicamentos
- Rayos x, tomografías
- Honorarios médicos
- Muletas, férulas

A continuación mencionaremos ejemplo de algunos gastos que NO se reembolsa:

- Estacionamiento
- Comidas, cenas y/o desayunos
- Transporte (taxi, camiones, combustible).

DOCUMENTOS A ENTREGAR SON LOS SIGUIENTES:

- **Formato de reclamación de gastos por accidente:** deberá ir llenado, firmado y sellado por el servicio del colegio, además se pondrá en contacto con el padre o tutor para realizar llenado de datos personales del alumno y se solicitará firma de padre o tutor.
- **Informe médico** para ser llenado por el doctor tratante.
- **Formato de transferencia electrónica:** en caso de que el padre de familia solicite que el reembolso sea vía transferencia bancaria (monto máximo \$ 2000) deberá llenar el formato y anexar copia de su estado de cuenta bancaria no mayor a tres meses.
- **Factura de hospital:** acompañada de desglose de gastos hospitalario.
- **Factura de honorarios médicos:** debe ser el mismo médico que lleno el informe mencionado anteriormente.
- **Factura de estudios:** radiografías, resonancia, tomografías, laboratorios, etc. Es muy importante que éstos vengan con la interpretación sellada y firmada por médico radiólogo y con la receta u orden donde se solicitan dichos estudios.
- **Factura de medicamentos:** acompañada de la receta médica original donde se indican los medicamentos.
- **Copia de identificación:** INE o IFE por ambos lados, pasaporte, o cartilla del servicio militar vigente y legible ambos lados a excepción de pasaporte.
- **Copia de identificación del asegurado:** credencial escolar vigente.
- **Comprobante de domicilio:** luz, agua, predio, teléfono, no mayor a tres meses y que venga a nombre del padre, madre o tutor legal.

El área de enfermería envía los documentos a la aseguradora para el proceso de reembolso y en dado caso de que algún documento no este legible y/o erróneo, el servicio médico del colegio se pondrá en contacto con el padre de familia para comunicarlo.

Si los documentos fueron aceptados se queda en espera de respuesta por parte de la aseguradora, y el tiempo estimado de devolución es de 10 a 30 días hábiles. **(El tiempo de reembolso es de acuerdo al tiempo estipulado por la aseguradora no del colegio).**

En cuanto esté liberada la orden de pago, el área de enfermería se comunica con el padre de familia para informarle que pase al colegio a recoger la orden y/o envía por correo la liga de pago.

RECIBÍ INFORMACIÓN DEL PROCESO DE REEMBOLSO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE 2020-2021

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____

NOMBRE DEL ALUMNO _____

SECCIÓN _____ **GRADO** _____ **GRUPO** _____

Estimado padre de familia es de suma importancia regrese el acuse de esta información, para poder asegurar el correcto registro del alumno con la aseguradora. (A DÓNDE LO ENVIARÁN DE REGRESO?)

LISTADO DE HOSPITALES EN CONVENIO CON LA ASEGURADORA HIR SEGUROS:

ESTADO	LOCALIDAD	NOMBRE COMERCIAL	DIRECCIÓN	NÚMERO DE CONTACTO
CDMX	ÁLVARO OBREGÓN	HOSPITAL SAN ÁNGEL INN SUR	AV. MÉXICO No. 2 COL TIZAPÁN SAN ÁNGEL	55 5550 5050
CDMX	BENITO JUÁREZ	HOSPITAL SAN ÁNGEL INN UNIVERSIDAD	XOCO, CP 03339 CIUDAD DE MÉXICO	55 5623 6363
CDMX	BENITO JUÁREZ	HOSPITAL SAN ÁNGEL INN PATRIOTISMO	AV. PATRIOTISMO No. 67 COL SAN JUAN	55 4770 4870
CDMX	BENITO JUÁREZ	CLÍNICA FACTOR CLAVE	MATÍAS ROMERO No. 322, COL. DEL VALLE CENTRO, C.P. 03100	55 5335 0741
CDMX	BENITO JUÁREZ	STAR MÉDICA	SAN LUIS POTOSÍ No. 143, COL. ROMA, C.P. 06700,	55 1084 4747
CDMX	BENITO JUÁREZ	STAR MÉDICA	VIADUCTO RÍO BECERRA No. 97, COL. NÁPOLES, C.P. 03810	55 5340 1000
CDMX	COYOACÁN	ST. JOSEPH COYOACÁN	DIV. DEL NORTE No. 2813, COL. PARQUE SAN ANDRÉS C.P. 04040	55 5605 1221 Y 22
CDMX	CUAUHTEMOC	HOSPITAL SAN ÁNGEL INN CHAPULTEPEC	AV. CHAPULTEPEC No. 489, COL. JUÁREZ, C.P. 06600	55 5241 1700
CDMX	CUAUHTEMOC	CENTRO MÉDICO DALINDE	TUXPAN No. 25 COL. ROMA SUR, C.P. 06760 CUAUHTÉMOC	55 5265 2800
CDMX	CUAUHTEMOC	CLÍNICA MÉDICA VIAL ROMA- CONDESA	AV. ÁLVARO OBREGÓN No. 121, PISO 10, COL. ROMA NORTE	55 5533 2400 Y 2401
CDMX	IZTACALCO	CLÍNICA MÉDICA SANTA ROSA	CALLE 7 No. 104, COL. PANTITLÁN.	55 5758 1239
CDMX	IZTAPALAPA	ORTHO-SPORT	SUR 71-A No. 203 PISO 1 ESQ. ERMITA IZTAPALAPA, COL. JUSTO SIERRA	55 5532 8909
CDMX	MIGUEL HIDALGO	HOSPITAL DIOMED	AV. OBSERVATORIO No. 354, 16 DE SEPTIEMBRE, C.P. 11810	55 9150 4000
CDMX	MIGUEL HIDALGO	ORTO-ALFA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	HESIODO No. 539, COL. POLANCO	55 5250 4420
CDMX	TLÁHUAC	HOSPITAL SAME TLÁHUAC	AV. FERROCARRIL SAN RAFAEL ATLIXCÓ No. 6380, COL. LA ASUNSIÓN	55 5842 6368
CDMX	TLALPAN	CLÍNICA MÉDICA VIAL INSURGENTES CUIJCUILCO	INSURGENTES SUR No. 3655 1er PISO, LOCAL 14 COL. MIGUEL HIDALGO	55 5171 3030 Y 0002
CDMX	VENUSTIANO CARRANZA	EDYBE	FCO DEL PASO Y TRONCOSO No.137, KENNEDY, JARDÍN BALBUENA, C.P. 15900	55 6645 4227