



¿Cómo ingresar un trámite de programación de cirugía de tu **Seguro Médico GNP?**

El primer paso para realizar un trámite de tu **Seguro GNP**, es descargar y regístrate en la

App **Soy Cliente GNP**

Disponible en:



Escanea el código QR
y descárgala

Anexo podrás encontrar las **guías de llenado de documentos** que se te solicitarán, es necesario tomes en cuenta todo el detalle:

- [Guía aviso de accidente o enfermedad](#)
- [Guía informe médico](#)

1 Descarga y llena según sea el caso los siguientes formatos:

- **Aviso de accidente o enfermedad (llenado por el Asegurado).**
Descárgalo [aquí](#)
Conoce cómo llenarlo [aquí](#)

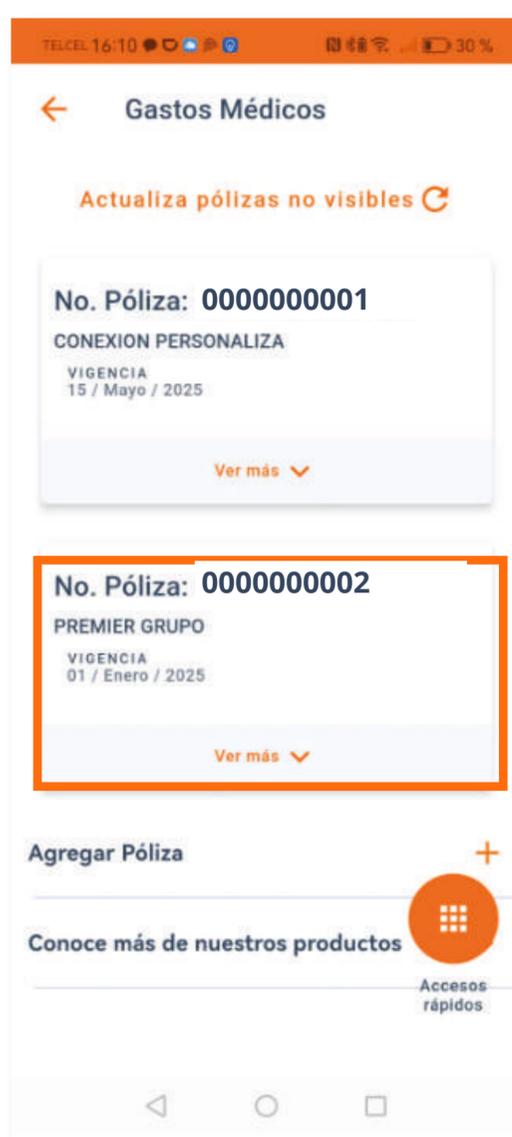
- **Informe médico (debidamente llenado por tu médico tratante).**
Descárgalo [aquí](#)
Conoce cómo llenarlo [aquí](#)

Los formatos también puedes llenarlos desde tu **app Soy Cliente GNP**
>Menú izquierdo
>Formatos

2 Ingresa a la app o portal Soy Cliente GNP



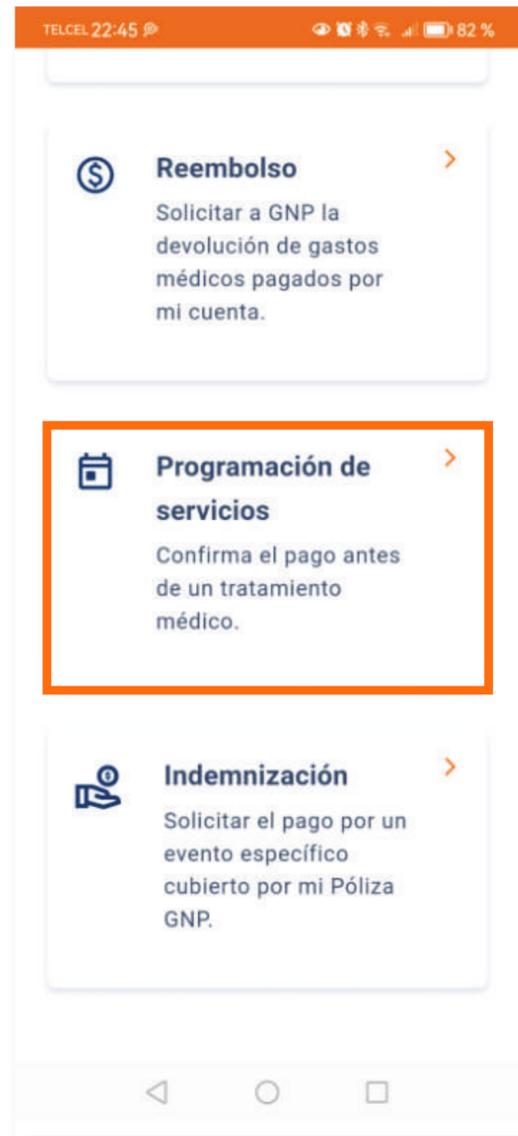
A Dirígete a la sección Gastos Médicos.



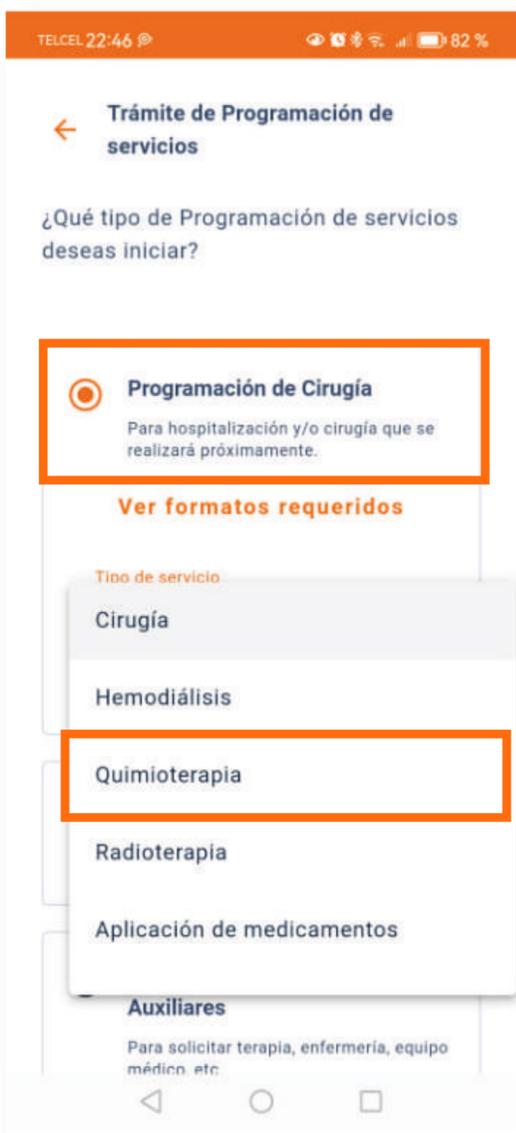
B Elige la póliza a utilizar.



C Selecciona "Trámites".



D Seleccion "Programación de servicios".



E Posteriormente "Programación de cirugía" y elige el tipo de servicio.



TELCEL 22:51

Programación de servicios hospitalarios

1 de 6 Asegurado

Póliza: 00000611647306 Producto: CONEXION PERSONALIZA Contratante: Susana Amairani Vilchis Trujillo

Selecciona al Asegurado relacionado al trámite.

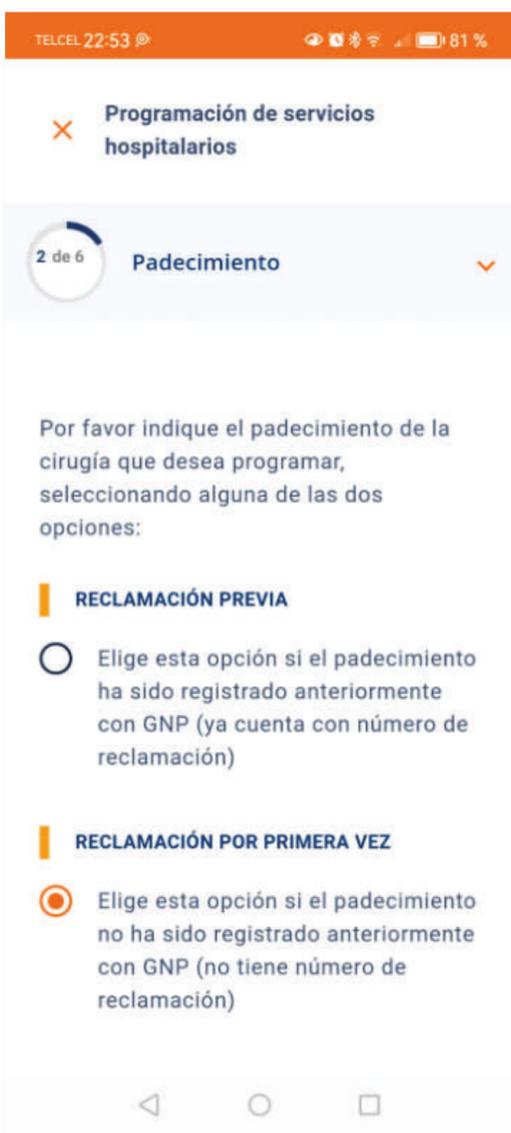
Nombre del Asegurado

Rol de la Póliza
Contratante

Fecha de nacimiento

F Llena los datos requeridos como:

- Nombre del Asegurado, quién tuvo el accidente o enfermedad.
- Rol de la Póliza.
- Fecha de nacimiento del Asegurado.



TELCEL 22:53

Programación de servicios hospitalarios

2 de 6 Padecimiento

Por favor indique el padecimiento de la cirugía que desea programar, seleccionando alguna de las dos opciones:

RECLAMACIÓN PREVIA

Elige esta opción si el padecimiento ha sido registrado anteriormente con GNP (ya cuenta con número de reclamación)

RECLAMACIÓN POR PRIMERA VEZ

Elige esta opción si el padecimiento no ha sido registrado anteriormente con GNP (no tiene número de reclamación)

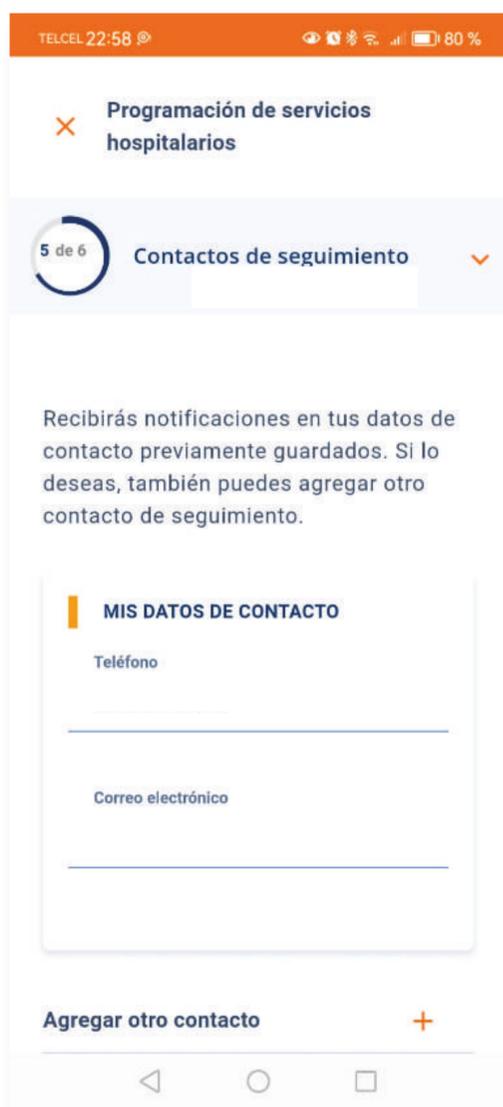
G Indica el padecimiento de la cirugía a programar.



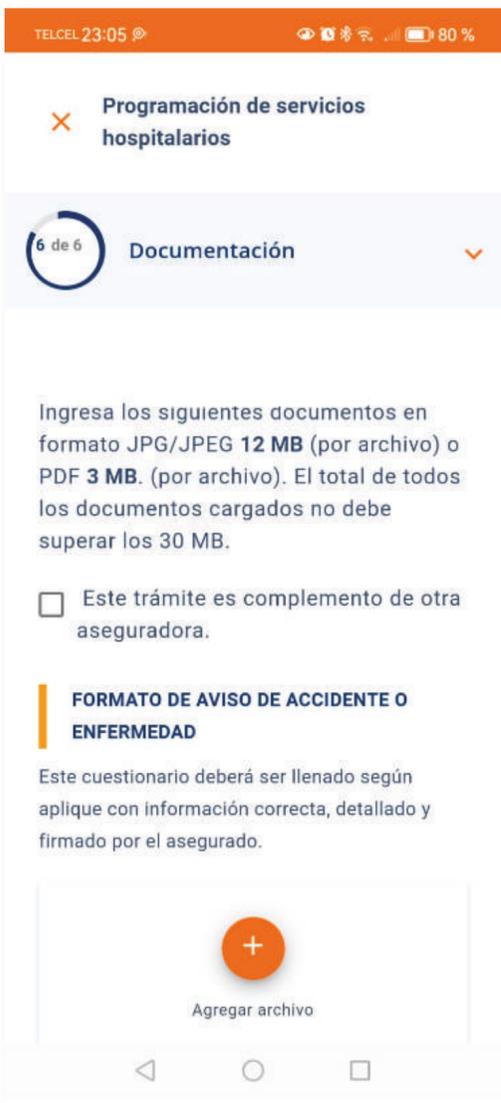
Es importante que verifiques que esté dentro tu plan contratado.

I Ingresa el nombre de tu médico tratante.

H Selecciona el hospital o clínica donde te realizarán la cirugía.



J Ingresa los datos del contacto de seguimiento.



K Carga los formatos y documentos complementarios.

Formatos:

- **Aviso de accidente o enfermedad**, llenado por el Asegurado.
- **Informe médico**: es necesario que lo llene cada uno de los especialistas de los cuáles recibiste atención médica.

Documentación complementaria:

- **Resultado de análisis clínicos de laboratorio, estudios y demás información** que hayan servido para llegar al diagnóstico o de seguimiento para la evolución del padecimiento.
- **Interpretación de estudios** que corroboren el diagnóstico.
- **Bitácora de atención** en caso de servicio de enfermería y rehabilitación física.
- **Historia clínica** elaborada por el médico tratante.
- **Integrantes del equipo médico, RFC y teléfonos de contacto.**
- **Presupuesto desglosado** por cada integrante del equipo médico o quirúrgico.

La documentación complementaria es opcional.
Sin embargo nos ayudará a obtener detalles de tu trámite.

Guía de llenado de Aviso de accidente o enfermedad (Debe ser llenado por el asegurado afectado)

La presente guía tiene el propósito de orientar sobre el llenado del formato original mismo que deberá ser con la misma tinta (negra o azul).

GNP SEGUROS Aviso de accidente o enfermedad
Gastos Médicos

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P9

(Formato para reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)
Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallado y 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 sus derechos conforme a la Póliza y/o Ley Sobre el contrato de Seguro. Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Fecha (dd/mm/aa) 08/06/20

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA | | | | | |
|--|---|-------------|---------------------|--|--|
| Número de Póliza | Código de cliente / número de certificado | | | | |
| 79483856 | ABC123456789 | | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) | Fecha de nacimiento | Sexo | |
| González | Martínez | Laura Elena | 01/08/1995 | <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/> M | |

| DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (SI ES EL MISMO QUE EL TITULAR FAVOR DE NO LLENAR) | | | | | |
|---|---------------------|--|-----------|--|--|
| Cód. de cliente / núm. de certificado | Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) | | |
| ABC123456789 | | | | | |
| Parentesco con el Asegurado titular | Fecha de nacimiento | Sexo | | | |
| Hermano | 24/01/2000 | <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M | | | |

| DATOS DE LA RECLAMACIÓN | | | |
|---|--|---|--|
| ¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía? | | Tipo de reclamación / siniestro | |
| <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No | | <input checked="" type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Complementaria | |
| Núm. de reclamación/siniestro | Se trata de | Indicar el diagnóstico | |
| 79483856 | <input checked="" type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Embarazo | Enfermedades pulmonares | |

Detalle de accidente o enfermedad Describa ¿cómo ocurrió el accidente? / ¿cómo inició el padecimiento? Es importante indicar la fecha completa de cuándo ocurrió o inició

Fecha de Inicio 24/01/2020

El asegurado, mientras conducía su vehículo, fue impactado por otro vehículo que no respetó el alto correspondiente. Como resultado del accidente, el vehículo asegurado sufrió daños en la parte delantera. Afortunadamente, el asegurado resultó ileso.

| Hospital donde se internará o tratará (o donde se trató) | Hora de ingreso | Fecha de ingreso al hospital |
|--|-----------------|------------------------------|
| Hospital Santa Clara | 18:15 | 24/01/2020 |

| Nombre del médico | Especialidad | ¿Está en convenio con GNP? |
|-------------------|--------------|--|
| Médico general | | <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

¿En su caso, intervinieron autoridades legales?
 Sí No

Si en su caso intervinieron autoridades legales, presentar copia del acta del Ministerio Público

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.

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx 1/3

Datos del titular de la Póliza

En caso de existir una reclamación previa (colocar el número de reclamación)

Datos del Asegurado afectado (quien recibió la atención médica)

Este espacio solo debe ser llenado en caso de accidente (recuerda que para ser considerado accidente, el primer gasto debe ser dentro de los primeros 10 días, así como cumplir las condiciones descritas en la Póliza)

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

GNP SEGUROS Aviso de accidente o enfermedad
Gastos Médicos

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P9

En caso de accidente automovilístico, ¿Existe seguro del (de los) automóvil(es)?

Sí No

Nombre de la compañía aseguradora Seguros del Norte

| Cobertura | Suma Asegurada (Gastos Médicos) | Número de Póliza |
|-----------------|---------------------------------|------------------|
| Hospitalización | \$500,000 | 79483856 |

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 CONTACTO | | | | | |
|---|---|----------------------|----------------------|------------|--|
| Contacto Asegurado o contacto de seguimiento | | | | | |
| Tipo de contacto | Primer apellido | Nombre(s) | | | |
| Hermano | Martínez | Laura Elena | | | |
| Celular | Correo electrónico | | | | |
| +525551234567 | ejemplo123@gmail.com | | | | |
| Dirección (En caso de programar servicios a domicilio, indique la dirección del Asegurado de forma obligatoria) | | | | | |
| Calle | Código postal | | Municipio o Alcaldía | Estado | |
| Calle de la Luna #248 | 56789 | | Monterrey | Nuevo León | |
| Colonia | Número de teléfono 2* (En caso de programar servicios a domicilio, indique 2 números de contacto) | | | | |
| Colonia Primavera | +529997485254 | | | | |
| Núm. de teléfono 1* | +525551234567 | | | | |
| Contacto Agente GNP (en caso de requerir notificación) | | | | | |
| Nombre del Agente GNP | Celular | Correo electrónico | | | |
| | +529997485254 | ejemplo123@gmail.com | | | |

Consentimiento:
Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, Código Postal 04200, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, tratará sus datos personales de identificación, patrimoniales y sensibles para brindarle los servicios relacionados con su contrato de seguro. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en gnp.com.mx o en el teléfono 55 5227-9000 a nivel nacional.

Datos personales y Aviso de privacidad:
Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela (en caso de aplicar), se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica.

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx 2/3

Solo llenar en caso de accidente automovilístico

Datos de contacto (solo estas personas recibirán la resolución del trámite)

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

 **Aviso de accidente o enfermedad**
Gastos Médicos
Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 64200, CDMX. R.F.C. GNP921124P0

Aceptación:
Autorizo a los médicos o personal que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, laboratorios o cualquier centro de salud al que haya ingresado, para: diagnóstico, tratamiento, pruebas y/o estudios, de cualquier enfermedad y/o padecimiento relacionado, que haya tenido de manera previa y/o posterior a la contratación de mi póliza y para el efecto, relevo a las personas mencionadas del secreto profesional en este caso, para que se proporcionen éstos a GNP para la correcta evaluación de mi información, la cual puede ser requerida en cualquier momento en que GNP lo considere oportuno.


Nombre y firma del Asegurado afectado o representante legal (en caso de ser menor de edad)

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx 3/3

Nombre y firma del Asegurado afectado (puede ser firma autógrafa o digital)

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

Guía de llenado del informe médico (Debe ser llenado por el médico tratante)

La presente guía tiene el propósito de orientar sobre el llenado del formato original mismo que deberá ser con la misma tinta (negra o azul).

Informe médico
Gastos Médicos

Este formato debe ser llenado y firmado por el **médico tratante**. 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
Seleccione el trámite que el Asegurado solicita

Reembolso Programación de cirugía Programación de medicamentos Programación de servicios Indemnización Reporte hospitalario

FICHA DE IDENTIFICACIÓN ASEGURADO AFECTADO

Número de Póliza: _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombre(s): _____

Sexo: F M Edad: _____ Causa de atención: Accidente Enfermedad Embarazo

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

IMPORTANTE: Deberán ingresarse aunque no estén relacionados con el diagnóstico e incluir **fechas de inicio del diagnóstico y del tratamiento** (dd/mm/aa)

Antecedentes personales patológicos
Juan Pérez es un paciente de 65 años con antecedentes de tabaquismo crónico. Se presenta con disnea progresiva, tos crónica con expectoración y sibilancias.

Antecedentes personales no patológicos
Hábitos de tabaquismo (fumador/no fumador)

Antecedentes gineco-obstétricos (descripción anatómica)
Ha tenido tres embarazos, tres partos y ningún aborto, ya sea espontáneo o inducido. Desde la menopausia, no ha utilizado ningún método anticonceptivo.

Antecedentes perinatales
El paciente nació a término en el Hospital Regional de [Ciudad]. Tuvo un peso al nacer de 3.2 kg y una talla de 48 cm. El parto fue vaginal, sin complicaciones, y su Apgar fue de 9/10.

Padecimiento actual
De acuerdo a la historia clínica y evolución natural de la enfermedad, **indispensable la fecha de inicio** 01/04/20

Se trata de un paciente de 68 años, fumador crónico de 40 años de antigüedad, que presenta tos crónica, expectoración y disnea progresiva. Los estudios realizados muestran una espirometría con un FEV1/CVF < 0.7 y una disminución del FEV1 post-broncodilatador del 20%.

Diagnóstico(s) definitivo(s) Fecha de diagnóstico: 08/06/20

Basado en estos hallazgos, se establece el diagnóstico de Trastorno Obstructivo Pulmonar Crónico (COPD).

Tipo de padecimiento
Seleccione una opción: Congénito Adquirido Agudo Crónico

¿Se ha relacionado con algún otro padecimiento? Sí No

Especifique cuál padecimiento: (Si no existe padecimiento, indicar "ninguno")

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx

← Seleccionar el tipo de trámite a realizar

← Colocar los datos de la persona que está recibiendo la atención médica

Debe ser llenado por el médico, con todos los antecedentes personales patológicos estén o no relacionados al padecimiento a tratar, tratamiento a seguir y diagnóstico definitivo de acuerdo a los estudios previamente realizados, así como fecha de primeros síntomas y fecha de diagnóstico

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

Informe médico
Gastos Médicos

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

Signos vitales y medidas antropométricas del paciente

| | | | | | |
|------------------|------------------------|------------------|--------------------------|-----------|------------|
| Pulso (x minuto) | Respiración (x minuto) | Temperatura (°C) | Presión arterial (mm Hg) | Peso (kg) | Altura (m) |
| 72 ppm | 16 ppm | 36.8°C | 120/80 mmHg | 65 kg | 1.65 m |

Resultados de exploración física realizada el día del diagnóstico
Se observa un buen estado general, piel y mucosas normocoloreadas e hidratadas, respiración y auscultación cardíaca y pulmonar sin alteraciones, abdomen blando y no doloroso a la palpación, y extremidades con buen llenado capilar y pulsos periféricos palpables.

Estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)
(Indique los estudios y en caso de que no se llevaron a cabo, especificar que no se realizaron)

VEF1 (Volumen espiratorio forzado en el primer segundo): 55% del valor teórico
CVF (Capacidad vital forzada): 60% del valor teórico
Cociente VEF1/CVF: 0.92

Complicaciones Fecha de inicio: / /

Indique y describa si se presentaron complicaciones: Sí No. No se observan complicaciones relevantes en la exploración física.

Tratamiento Fecha de inicio: 08/06/20

Detallar los tratamientos, procedimientos y técnica quirúrgica especificando las fechas (dd/mm/aa). En caso de medicamentos mencionar posología completa.

Implementar medidas de prevención cardiovascular, como dieta baja en sodio, control de colesterol y hábitos de vida saludables.

En caso de intervención quirúrgica, ¿qué equipo específico se utilizará? Especificar las fechas (dd/mm/aa)
Ejemplo: equipo de laparoscopia, equipo de fluoroscopia, etc.
Equipo de laparoscopia

Información adicional
En caso de hipertensión arterial diagnosticada, iniciar tratamiento farmacológico con antihipertensivos según criterio médico.

DATOS DE HOSPITAL O CLÍNICA DONDE SE TRATARÁ EL PACIENTE

| | | |
|---|------------------|------------|
| Nombre del hospital o clínica donde ingresará el paciente | Ciudad | Estado |
| Hospital Santa Clara | Monterrey | Nuevo León |
| Tipo de estancia | Fecha de ingreso | |
| <input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Hospitalaria <input checked="" type="radio"/> Corta estancia / ambulatoria | 08/06/20 | |

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx

← Colocar los datos del hospital o clínica donde está recibiendo la atención médica

Debe ser llenado por el médico, con todos los antecedentes personales patológicos estén o no relacionados al padecimiento a tratar, tratamiento a seguir y diagnóstico definitivo de acuerdo a los estudios previamente realizados, así como fecha de primeros síntomas y fecha de diagnóstico

 **Aviso de accidente o enfermedad**
Gastos Médicos
Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 64200, CDMX. R.F.C. GNP921124P0

Aceptación:
Autorizo a los médicos o personal que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, laboratorios o cualquier centro de salud al que haya ingresado, para: diagnóstico, tratamiento, pruebas y/o estudios, de cualquier enfermedad y/o padecimiento relacionado, que haya tenido de manera previa y/o posterior a la contratación de mi póliza y para el efecto, relevo a las personas mencionadas del secreto profesional en este caso, para que se proporcionen éstos a GNP para la correcta evaluación de mi información, la cual puede ser requerida en cualquier momento en que GNP lo considere oportuno.


Nombre y firma del Asegurado afectado o representante legal (en caso de ser menor de edad)

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx 3/3

← **Nombre y firma del Asegurado afectado (puede ser firma autógrafa o digital)**

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.