

## GMM (Gastos Médicos Mayores) y AP (Accidentes Personales y escolares)


### Documentación para Reembolsos Iniciales y Complementos

#### Documentos Reembolso Inicial (Check list)

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Carta Remesa (Desglose de documentos a cobro). <sup>1/</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Aviso de Accidente (Únicamente reclamación inicial). <sup>2/</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Informe Médico (Únicamente reclamación inicial). <sup>3/</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Facturas con desglose.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Art. 492 (Llenado por la persona física a quien se facturó no persona moral). <sup>a/, 4/</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Copia del comprobante de domicilio no mayor a tres meses. <sup>b/, d/</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Estado de Cuenta de la persona a la que se factura, no mayor a tres meses. <sup>c/</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Copia de identificación oficial vigente. <sup>d/</sup></li> </ul> |
|--|--|

#### \* Gastos / Documentos Adicionales

- Recibos de Honorarios.
- Tikets (Facturas).
- Recetas.
- Interpretación de estudios.
- Resultados de Laboratorios.
- Varios.
- CD.
- RX (radiografías).
- Facturas por Hospitalización o clínica.

- a/ \* En caso de registro inicial.
- \* El domicilio tendrá que estar a nombre de la persona que factura
- \* Completamente requisitado, firmado en ambos apartados, sin tachaduras ni enmendaduras, a una sola tinta y mismo tipo de letra.
- b/ Solo en caso de que la dirección sea diferente a la identificación. 
- c/ Solo si desea transferencia electrónica/presentar caratula visible de estado de cuenta.
- d/ Cotejado contra original, es decir incluir leyenda "cotejado contra original, fecha, nombre y firma de quien coteja".

#### Documentos Reembolso Complementos (Check list)

Relación de \* Gastos / Documentos Adicionales y Cualquiera de las Siguietes Opciones:

<b>1) Indicar el padecimiento/diagnóstico inicial</b>	<b>2) Número de reclamación encontrado en el finiquito o copia del mismo</b>	<b>3) Carta de autorización hospitalaría inicial</b>
---	--	--

#### Nota:

Los formatos requeridos se podrán descargar en las siguientes ligas:

<sup>1/</sup>[http://www.latinoseguros.com.mx/paginas/aula\\_latino/carta\\_remesa\\_sp.pdf](http://www.latinoseguros.com.mx/paginas/aula_latino/carta_remesa_sp.pdf)

<sup>2/</sup><http://www.latinoseguros.com.mx/pdf/gmmaviso.pdf>

<sup>3/</sup><http://www.latinoseguros.com.mx/pdf/gmminformemed.pdf>

<sup>4/</sup>[http://www.latinoseguros.com.mx/pdf/Exped\\_Identificacion\\_Conocim\\_beneficiario\\_PF\\_Mexicana.pdf](http://www.latinoseguros.com.mx/pdf/Exped_Identificacion_Conocim_beneficiario_PF_Mexicana.pdf)

\*El Informe Médico deberá ser actualizado para todas las reclamaciones cada 6 meses.

## CX (Cirugía programada) Documentación para programación de cirugía

### Documentos Programación de Cirugía (Check list)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aviso de Accidente (Por padecimiento). <sup>1/</sup> | <input type="checkbox"/> Resultados de estudios               |
| <input type="checkbox"/> Informe Médico (Por evento). <sup>2/</sup>           | <input type="checkbox"/> Laboratorios                         |
| <input type="checkbox"/> Caratula de póliza o credencial vigente              | <input type="checkbox"/> RX (radiografías)                    |
| <input type="checkbox"/> Copia de identificación oficial vigente              | <input type="checkbox"/> TAC (Tomografía Axial Computarizada) |
|   | <input type="checkbox"/> RM (Resonancia Magnética)            |
|   | <input type="checkbox"/> Ultrasonidos                         |
|   | <input type="checkbox"/> Etc                                  |

#### Nota:

Los formatos requeridos se podrán descargar en las siguientes ligas:

<sup>1/</sup><http://www.latinoseguros.com.mx/pdf/gmmaviso.pdf>

<sup>2/</sup><http://www.latinoseguros.com.mx/pdf/gmminformemed.pdf>

\*El Informe Médico deberá ser actualizado por evento para cada reclamación.



## PD (Pago Directo) Documentación para Pago Directo

### Check list Pago Directo

#### ▼ Factura de Hospital

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Carta Autorización<br><input type="checkbox"/> Aviso de accidente (Original) <sup>1/, a/</sup><br><input type="checkbox"/> Informe Médico <sup>2/, a/</sup><br><input type="checkbox"/> Factura de Hospital (Con desglose de conceptos cobrados) | <input type="checkbox"/> Validación<br><input type="checkbox"/> Identificación Oficial (paciente)<br><input type="checkbox"/> Expediente |
|---|--|

#### ▼ Recibo de Honorarios vez

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Carta Autorización<br><input type="checkbox"/> Recibo de Honorarios (Con desglose de conceptos cobrados)<br><input type="checkbox"/> Validación<br><input type="checkbox"/> Identificación Oficial | <input type="checkbox"/> RFC<br><input type="checkbox"/> Cedula Profesional<br><input type="checkbox"/> Estado de cuenta no mayor a 3 meses a nombre del solicitante / médico en donde se aprecie: No. CLABE |
|---|--|

#### Para pagos subsecuentes

- 
- Carta Autorización
- 
- 
- Recibo de Honorarios (Con desglose de conceptos cobrados)
- 
- 
- Validación

*a/* \*En caso de reporte de hospital

#### Nota:

Los formatos requeridos se podrán descargar en las siguientes ligas:

<sup>1/</sup><http://www.latinoseguros.com.mx/pdf/gmmaviso.pdf>

<sup>2/</sup><http://www.latinoseguros.com.mx/pdf/gmminformemed.pdf>