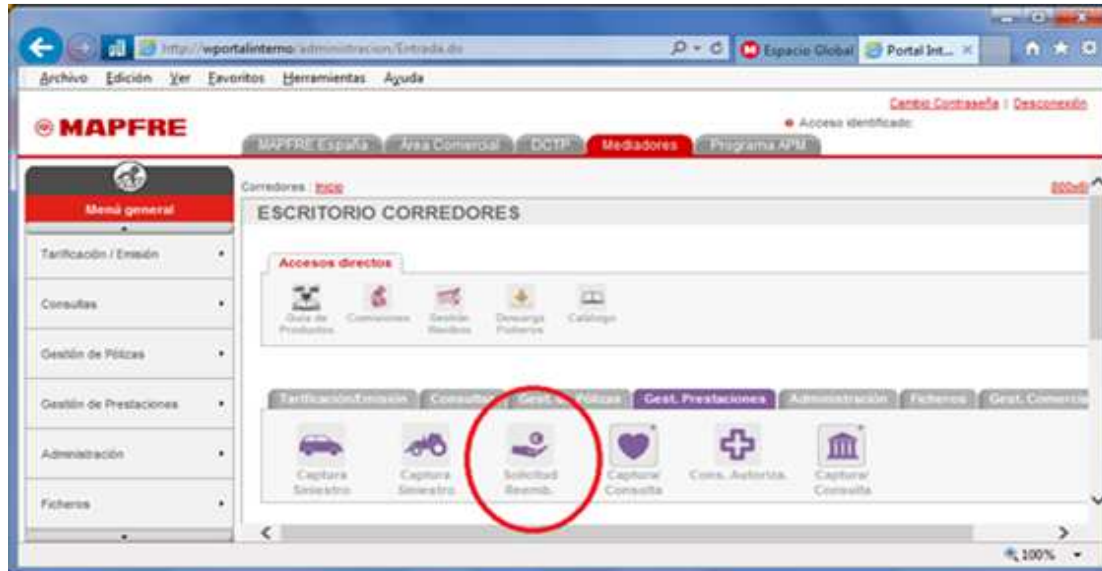


CAPTURA COMUNICACIÓN DE REEMBOLSO DE SALUD Portal de CORREDORES



Muy Importante

ANTES DE EMPEZAR

Escanear y guardar en el ordenador las facturas y la documentación que traiga el asegurado para su posterior indexado en la captura.

Comprobar si la factura contiene el NIF o CIF del médico o centro que la ha expedido.

1. IDENTIFICACION DE ASEGURADO QUE HA RECIBIDO LA ASISTENCIA MÉDICA

IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

Datos del Asegurado

Seleccione la información mediante uno de los siguientes criterios de búsqueda:

Póliza:

NIF/CIF/PTE:

Familia:

Número de tarjeta:

Certificado:

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

IDENTIFICACION DEL ASEGURADO (Póliza, NIF, Familia, etc...)

Para iniciar la comunicación, se debe identificar al asegurado que ha recibido la asistencia médica y que figura en la factura.

Se puede buscar por:

Póliza, Familia, Certificado (CIS), NIF, CIF, Pasaporte, Nº de tarjeta sanitaria o Nombre y Apellidos.

2. REGISTRO DATOS DE CAPTURA

ALTA DE FACTURA

Datos del Asegurado

Nº de Póliza/Familia: 1220029
 Descripción Producto: MAPFRE MEDISALUD (337) (00000026)
 Nombre del asegurado: YIYUER XABIA FAPAFASRE SMAU
 Fecha de nacimiento: 09/08/1943
 Cliente VIP:

Núm.CIS: 5235528
 Colectivo:
 NIF del asegurado: 70790916K
 Nº de tarjeta: 09 004724480 4
 Tipo de cliente: PLATINO

Datos de la Factura

* Campos obligatorios

1	Origen:	<input type="text" value="-Selecione-"/>	2	Accidente:	<input type="text" value="-Selecione-"/>
3	Fecha de factura:	<input type="text" value=""/>	5	Fecha comunicación:	<input type="text" value="22/07/2015"/>
4	Nombre/R. Social Expedidor:	<input type="text" value=""/>	7	Exp. en extranjero:	<input type="text" value="No"/>
6	Importe total:	<input type="text" value=""/>	8	Motivo de la asistencia:	<input type="text" value=""/>
9			10		

Cancelar Captura

Guardar Factura

INCLUIR LOS SIGUIENTES DATOS RELATIVOS A LA FACTURA:

- Origen:** seleccionar si el motivo de la asistencia se debe a una **enfermedad, accidente o farmacia**.
- Accidente:** seleccionar si se trata de un **accidente de tráfico** u otro tipo.
- Fecha de factura.** Marcar en el calendario la fecha de expedición de la factura.
- Nombre/R. Social Expedidor:** incluir el nombre del médico o centro que hace la factura.
- Exp. en extranjero:** Indica si la asistencia ha sido en el extranjero, seleccionando SI/NO.
- Importe total:** incluir el importe de la factura.
- Nif/Cif Expedidor:** incluir el NIF/CIF del médico/centro que factura.
- Motivo de la asistencia:** Incluir breve explicación del motivo de la asistencia. (CONSULTA, PRUEBA MÉDICA, ASISTENCIA URGENCIA...). Si se trata de un accidente, es importante recabar toda la información posible (matrícula vehículo contrario, si se trata de un accidente deportivo o escolar...).

BOTONES DE FUNCION:

- Cancelar captura:** al "pinchar" se terminará la captura sin que guarde la información.
- Guardar Factura:** al terminar el registro de los datos, hay que "pinchar" para insertar la documentación grabada previamente.

MAPPFRE Inicio | Ayuda | Contacto

3. INSERTAR FACTURA

ALTA DE FACTURA

Datos del Asegurado

Nº de Póliza/Familia: 1220029	Núm.CIS: 5235528
Descripción Producto: MAPPFRE MEDISALUD (337) (00000026)	Colectivo:
Nombre del asegurado: YIYUER XABIA FAPAFASRE SMAU	NIF del asegurado: 70790916K
Fecha de nacimiento: 09/08/1943	Nº de tarjeta: 09 004724480 4
Cliente VIP:	Tipo de cliente: PLATINO

Datos de la Factura * Campos obligatorios

Origen: *	--Seleccione--	Accidente:	--Seleccione--
Fecha de factura: *		Fecha comunicación:	22/07/2015
Nombre/R.Social Expedidor: *		Exp. en extranjero: *	No
Importe total: *		NIF/CIF Expedidor: *	
Motivo de la asistencia: *			

↓

BOTONES DE FUNCION:

Cancelar captura: al “pinchar” se terminará la captura sin que guarde la información.

Imágenes: insertar la factura guardada previamente.

Nueva factura: permite registrar más facturas del mismo asegurado.

Siguiente: se continúa con la captura, pasando a la pantalla de datos de contacto y bancarios del asegurado.

MAPFRE Cuenta Inicializada | Documentos

4. DATOS BANCARIOS Y DATOS DE CONTACTO

DATOS BANCARIOS Y DE CONTACTO

Datos del Asegurado

Nombre del asegurado: YIYUER XABIA FAPAFASRE SMAU Nº Comunicación: C2015000162
 Cliente VIP: Tipo de cliente: PLATINO

Datos Bancarios

Cod. Banco: *	<input type="text" value="0191"/>	Oficina: *	<input type="text" value="0011"/>
D.C.: *	<input type="text" value="00"/>	Cuenta: *	<input type="text" value="0065465451"/>
Tipo Documento: *	<input type="text" value="PTE"/>	Nº Documento: *	<input type="text" value="65456564"/>
Nombre Titular: *	<input type="text" value="ANTONIA"/>	Apellido1 Titular: *	<input type="text" value="GARCIA"/>
Apellido2 Titular: *	<input type="text" value="GARCIA"/>	Modificar Datos Bancarios: *	<input type="text" value="N"/>

Datos de Contacto Preferentes

Tipo de contacto: * Horario preferente:

Datos de Contacto

Teléfono Particular: <input type="text" value="914173894"/>		Teléfono Trabajo: <input type="text"/>													
<table border="0"> <tr> <th>Tipo</th> <th>Teléfonos móviles</th> <th>Número de teléfono</th> </tr> <tr> <td><input type="text" value="MOVIL PART."/></td> <td><input type="text" value="696714834"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		Tipo	Teléfonos móviles	Número de teléfono	<input type="text" value="MOVIL PART."/>	<input type="text" value="696714834"/>	<input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <th>Tipo</th> <th>Direcciones de correo</th> <th>Dirección</th> </tr> <tr> <td><input type="text" value="OTROS"/></td> <td><input type="text" value="PADLTPADLTPADLTPADLTPADL"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		Tipo	Direcciones de correo	Dirección	<input type="text" value="OTROS"/>	<input type="text" value="PADLTPADLTPADLTPADLTPADL"/>	<input type="text"/>
Tipo	Teléfonos móviles	Número de teléfono													
<input type="text" value="MOVIL PART."/>	<input type="text" value="696714834"/>	<input type="text"/>													
Tipo	Direcciones de correo	Dirección													
<input type="text" value="OTROS"/>	<input type="text" value="PADLTPADLTPADLTPADLTPADL"/>	<input type="text"/>													

***Inclusión de datos de contacto preferente**

*Posibilidad de modificar los datos de contacto sólo para la tramitación de la comunicación. No se modifican en cartera.

POSIBILIDAD DE MODIFICACION DE DATOS BANCARIOS. Por defecto se indica (N), pero se pueden modificar seleccionando (S).

Si el asegurado desea una cuenta diferente a la registrada en póliza, y no ha proporcionado junto con la factura solicitud de reembolso o cualquier otro documento donde figure y firme esa modificación, necesitaremos que aporte un **documento/correo electrónico o bien descargar el PDF que el sistema proporciona, para que sea firmado por el asegurado** para poder hacer efectivo el cambio. **El DOCUMENTO FIRMADO DEBE ADJUNTARSE JUNTO CON EL RESTO DE DOCUMENTACION DEL SINIESTRO**



MAPPRE Inicio | Ayuda | Configuración

5. INSERTAR IMÁGENES Y COMENTARIOS

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Nombre del asegurado: YIYUER XABIA FAPAFASRE SMAU Nº Comunicación: C2015000162
 Cliente VIP: Tipo de cliente: PLATINO

Fecha Factura	Nombre/R.Social Expedidor	Importe	Exp. Extranjero
01/07/2015	LUIS PEREZ GARCIA	150.00	NO

3

Termina la captura de datos y cierra la comunicación.

1 2 3 Nueva Factura

Cancelar Captura Imágenes Comentarios Finalizar Comunicación

1 **IMPORTANTE** **ANEXAR** informes médicos, solicitud de reembolso, documento firmado de cambio de domicilio bancario si se ha solicitado el cambio, o cualquier otra documentación.

2 Registro de **COMENTARIOS** que se quieran realizar sobre la comunicación.
 Si no hay datos sobre el motivo y/o diagnóstico es muy importante que se pregunte al asegurado y se haga constar aquí, evitando con ello demoras en la gestión del reembolso.



6. FINALIZAR LA COMUNICACIÓN/RESUMEN DE DATOS

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

◆ Captura de la comunicación C2015000162 finalizada correctamente.

Imprimir/Guardar

Nueva Captura

Cerrar

Mediante **Imprimir/guardar**, el aplicativo ofrece el resumen de la captura realizada para **entregarla al asegurado, como Justificante de la comunicación realizada. Se deben imprimir una copia para el asegurado original**

SIGUIENTES PASOS:

ENTREGAR AL ASEGURADO:

- ✚ Resumen de la comunicación.
- ✚ Toda la documentación original incluidas las facturas, informándole que las guarde en su poder al menos durante un año.

CENTRO TRAMITADOR:

- ✚ La comunicación se recibirá en el Centro Tramitador, donde procederán a su captura generando un numero de siniestro.
- ✚ En un máximo de 48 horas, el tramitador contactará con el asegurado, informar sobre la situación de su siniestro.

CONSULTAR, ANEXAR DOCUMENTACION Y/O COMENTARIOS EN LA COMUNICACION

Una vez realizada la comunicación, se podrá consultar el siniestro/comunicación, anexar documentación y añadir comentarios.

" Consultas – Cartera Salud – Seleccionar asegurado para realizar búsqueda- Siniestros"

CONSULTA DE CARTERA

La información mostrada corresponde con la situación de la cartera a fecha de ayer.

Identificar al asegurado

Busqueda Cartera

Nif Nombre

Nif	Apellido1	Apellido2	Nombre	Enviar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Busqueda por Oficina y/o Clave

Oficina: Clave:

1 registros encontrados.

Lista de Contratos

Reembolso		Asistencia		Indemnización				
Oficina	Clave	Póliza /Familia	Tomador/Titular	Negocio	NIF/CIF/Pte	Producto	Estado	Fec. Efecto
1589	5261417	2164036		Individual		REEMBOLSO	EMITIDA	15/04/2002

Consulta de Cartera

MAPFRE Salud

CONSULTA PÓLIZA. DATOS GENERALES

Datos Generales

Num. Póliza / Familia: 2164036
F.Vencimiento: 31/12/2017

Desc.Producto: REEMBOLSO
F.Efect.Inicial: 15/04/2002

Des.Estado: EMITIDA Y EN EFECTO

Datos Contrato

Tomador

Titular

Datos de Cobro

Asegurados

Recibos

Datos del Tomador

Apellido1: PIJAG
NIF/CIF/Pte: 97715720J
F.Nacimiento: 15/08/1974

Apellido2: YOBUEPE
Est.Civil: CASADO

Nombre: ZOJE VAFUED
Sexo: MASCULINO

Domicilio particular

Domicilio: CALLE JUAN DE LA CIERVA 70
Cod.Postal: 15008
Teléfono:

Escalera Piso: Puerta:
Localidad: A CORUÑA

Provincia: CORUÑA LA

Domicilio de correspondencia

[Siniestros](#)

Relación de Siniestros

[◀ Cerrar](#)

Óliza: Familia: Certificado:

Solicitudes de reembolso | Comunicaciones de Reembolso | Autorizaciones de prestaciones

R	Nº Solicitud	Nº Comunicación	Familia	CIS	Fecha Siniestro	Importe Solicitado	Importe Autorizado	Estado	Causa	Nombre Asegurado
	2014006878			7438278	22/01/2014	100,00	80,00	PAGADO(A) (LIQUIDACI	888888888888888	PIJAG YOBUEPE ZOJE VAFUED
	2016049830	C2016006178		7438278	01/06/2016	150,00	120,00	PAGADO(A) (LIQUIDACI	888888888888888	

Solo se mostrará esta pestaña si existe alguna comunicación pendiente.

Consulta Solicitud Reembolso

[◀ Volver](#)

Solicitud: Nº Comunicación: Nº Póliza: Nº Familia:

Asegurado

CIS: Nombre: Sexo:
 Fecha de nacimiento: NIF:
 Fecha Antigüedad Cliente: Fecha Antigüedad Salud: [Hco. Pólizas](#)

Detalle de Siniestro

Fecha Efecto: Estado:
 Motivo:
 Fecha de siniestro: Fecha Estado:
 Importe Total: Importe Autorizado: CTP:

Núm. Factura	Núm. Comunic.	Fecha	Importe Solicitado	Importe Autorizado	Especialidad
2/2014		22/01/2014	100,00	80,00	888888888888888

[Visualizar/añadir comentarios ▶](#)

[Añadir imágenes ▶](#)

Permite añadir imágenes

Permite consultar y añadir comentarios

Noticias y Eventos

Contacto

Gestión de Ficheros

Gestión de Prestaciones

Administración

Noticias

Gestión Comercial

Noticias

Noticias

Noticias

DATOS DE CONTACTO DE LOS CENTROS TRAMITADORES

CENTRO TECNICO	BUZONES DEPARTAMENTALES	DIRECCION POSTAL	TELEFONOS
ALICANTE	zzd MSALUD Este Reembolsos Prestaciones	C/ Eusebio Sempere, 20 - Alicante	965907909
CATALUÑA	zzd MAPFAMI CATBAL Buzón Sinieistros Reembolso	Avda. Can Fatjó dels Aurons, 7, CUBS Edifici 3, planta 2 - San Cugat del Valles - Barcelona	934013944
GALICIA	zzd MAPFAMI Galicia Autorización Prestaciones	C/Cristino Alvarez, 1 - A Coruña	981188408
TOLEDO	zzd MAPFAMI DGT CENTRO Autorización Prestaciones Salud	Avda. de Europa, 2 - Toledo	983427500
ARAGON	zzd MSALUD ARAGON Reembolsos	Pza. Emperador Carlos V, 9 - Zaragoza	976723008
CANARIAS	zzd Canarias REEMBOLSOS SALUD	C/ Poeta Agustín Millares Sall, 3 - Las Palmas de Gran Canaria	928453711
VALENCIA	zzd MSALUD Este Reembolsos Prestaciones	Paseo de la Alameda, 35 - Valencia	963889442
SEVILLA	zzd MAPFAMI Suroeste Autorización Prestaciones	Ronda de los Tejares, s/n - Sevilla	954288366
MADRID	zzd MSALUD Sinieistros Reembolso	C/ Llodio, 4 - Madrid	915816305
ASTURIAS	zzd MAPFAMI Prestaciones a Personas Asturias	C/ Nava, 18 - Oviedo	985107672
BILBAO	ZZD NORTE REEMBOLSOS SALUD	C/ Ibañez de Bilbao, 28 - Bilbao	944204149
PAMPLONA	ZZD MSALUD NORCENTRO SINIESTROS REEMBOLSO	Avda. de la Rioja, 3 - Pamplona	948288619
VALLADOLID	zzd MAPFAMI DGT CENTRO Autorización Prestaciones Salud	Avda. de Zamora, 37 - Valladolid	983427500
MALAGA	zzd SUR FAMILIAR PRESTACIONES PERSONAS AUTORIZACIONES	Avda. de la Aurora, 34-36 - Málaga	952134581
PALMA	zzd MAPFAMI CATBAL Buzón Sinieistros Reembolso	Camí del Reis, 308 - Palma de Mallorca	971788067
LLODIO	zzd MSALUD Sinieistros Reembolso	C/ Llodio, 4 - Madrid	915816305