

**RELACIÓN DE COMPROBANTES PARA REEMBOLSOS  
DE GASTOS MÉDICOS**



DM-RCR-04

N° DE SOLICITUD _____				
LUGAR _____	FECHA _____	REF. POLIZA N° _____	CERTIFICADO _____	CONTRATANTE _____

A QUIEN CORRESPONDA:

POR ESTE MEDIO ME PERMITO SOLICITAR EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS EFECTUADOS POR LA ATENCIÓN MEDICA DE:

CON MOTIVO DE: \_\_\_\_\_

Salud  Base \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_ GMM  Base \_\_\_\_\_

SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN ORIGINAL:

- 1) AVISO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD SI  NO
- 2) INFORME MEDICO DE (OS) DR-(ES) SI  NO
- DR.(A) \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_
- DR.(A) \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_
- DR.(A) \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_
- DR.(A) \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_
- 3) HISTORIA (S) CLÍNICA (S) SI  NO
- 4) RESULTADOS DE LOS SIGUIENTES ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE (SEÑALE LOS PRESENTADOS)
- ORINA     EXCREMENTO     SANGRE     RADIOGRAFÍAS     TOMOGRAFÍA
- ULTRASONIDO     RESONANCIA MAGNÉTICA     UROGRAFÍA     ELECTROCARDIOGRAMA     ELECTROENCEFALOGRAMA
- HISTOPATOLOGÍA     OTROS

ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

5) RELACIÓN DE COMPROBANTES

N°.DE RECIBO	NOMBRE	MONTO	N°. DE RECIBO	NOMBRE	MONTO
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
TOTAL \$					_____

HA PRESENTADO RECLAMACIONES ADICIONALES POR ESTE EVENTO? SI  NO  No. \_\_\_\_\_

CONDUCTO POR EL CUAL DESEA RECIBIR SU RESPUESTA:

AGENTE, ¿CUAL? \_\_\_\_\_  PASA POR SU RESPUESTA A PLAN SEGURO.S.A DE C.V.

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

CHEQUE A NOMBRE DE: \_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA     TRATAMIENTO MEDICO     REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

DM-IM-04

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:		EDAD	SEXO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCION		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD		
<input type="checkbox"/> PREVENCIÓN	<input type="checkbox"/> EMBARAZO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿ CUAL ? _____

## HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

## PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS		
		<b>FECHA DE INICIO</b> DIA    MES    AÑO             
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO:	
		<b>FECHA DE INICIO</b> DIA    MES    AÑO             
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO		
¿ SE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿ CUAL ? _____		

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

## TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT - 4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO											
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO												
DÍA	MES	AÑO										
¿HUBO COMPLICACIONES?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES											
OBSERVACIONES:												
NOMBRE DEL HOSPITAL	FECHA ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO  DÍA      MES      AÑO	FECHA DE EGRESO  DÍA      MES      AÑO									
CIUDAD												
<b>DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE</b>												
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO										
ESPECIALIDAD	R.F.C.	CELULAR										
CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACIÓN											
NÚMERO DE PROVEEDOR	E-MAIL											
PRESUPUESTO												

NOTA: LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MEDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASÍ MISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

**FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

DM-AAE-04

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO. LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVAN CONFORME A LA PÓLIZA
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

**MOTIVO DE LA RECLAMACION**

<input type="checkbox"/> REEMBOLSO	<input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA-TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> PAGO - DIRECTO
<input type="checkbox"/> TIPO DE RECLAMACIÓN	<input type="checkbox"/> EMBARAZO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE _____		Nº. PÓLIZA _____
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____		R.F.C Ó C.U.R.P. _____
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____		R.F.C. Ó C.U.R.P. _____
Nº. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____	FECHA DE ALTA	DIA   MES   AÑO
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO CON EL TITULAR
DIA   MES   AÑO		CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO/CALLE _____		TELÉFONO DE CONTACTO
		CLAVE LADA ( ) _____
	Nº. EXTERIOR	Nº. INTERIOR
		COLONIA
C.P.	ESTADO	DELEGACIÓN
		OCUPACIÓN Ó PROFESIÓN
		LUGAR DONDE TRABAJA/EMPRESA
		GIRO DE LA EMPRESA
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE Nº DE SINIESTRO _____		
COMPañÍA _____	FECHA DE ALTA	DIA   MES   AÑO
¿ ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO COMPAÑÍA _____		
TIPO DE RECLAMACIÓN: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ _____		
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____		
DIA   MES   AÑO		
FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____		
DIA   MES   AÑO		
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____		
SI ES ACCIDENTE DETALLESE ¿COMO Y DONDE FUE? _____		
AUTORIDAD QUE TOMO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____		
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿ CUENTA CON SEGURO DE AUTOMOVIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____		
COBERTURA _____	SUMA ASEGURADA _____	Nº DE PÓLIZA _____
COMPañÍA DEL TERCERO _____		
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____		ESTUVO HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____
DÍAS DE ESTANCIA _____		
¿ QUE ESTUDIOS SE REALIZARON PARA EL DIAGNOSTICO Y / O TRATAMIENTO? _____		
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE _____		
ESPECIALIDAD _____		
DIRECCION _____		TEL T/ O E-MAIL _____
¿MEDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? _____		CAUSA Y FECHA _____
		DIA   MES   AÑO
		TEL T/ O E-MAIL _____

**DOCUMENTOS A PRESENTAR**

- 1.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN ( EN CASO DE ACCIDENTE).
- 2.- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICO O DE GABINETE.
- 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
- 4.- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES ( QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA ETC.
- 5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁ LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.

**NOTAS**

SE LE INFORMA QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL SIGUIENTE CUESTIONARIO, RELEVA DE TODA RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCIÓN

AUTORIZO A LOS MEDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, SANATORIOS Y CLINICAS A LOS QUE HAYA INGRESADO PARA ESTUDIO, DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD O LESION PARA QUE PROPORCIONE TODA LA INFORMACION QUE SE REQUIERA TALES COMO RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, HISTORIA CLINICA COMPLETA, INDICACIONES MEDICAS Y TODO AQUELLO QUE PUEDA SER UTIL PARA LA EVALUACION CORRECTA DE MI RECLAMACION, EN RELACION A LO ANTERIOR RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD Y DEL SECRETO MEDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACION, ASI MISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO POLIZAS PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACION DE SU CONOCIMIENTO PARA LA CORRECTA EVALUACION DE MI RECLAMACION.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

FECHA DIA | MES | AÑO LUGAR \_\_\_\_\_