

# Aceptación de Tabulador de Honorarios

Fecha:

Folio Pago Directo:

Llenar por el Médico Tratante

Hospital:

## Datos del paciente Todos los datos son obligatorios

Nombre Completo:

## Diagnóstico (s)

## Procedimiento (s) realizados (s)

## Datos del Médico Tratante

Nombre:

## Especialidad y cédula

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrecen; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación, cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicios; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

A través del presente formato hago constar que me ajusto al Tabulador de Pago Directo indicado por Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros para los procedimientos descritos en este y en la Carta Autorización de Pago Directo.

Servicio Seguro **800 277 1234**  
[www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

Nombre y firma del Médico Tratante

 **Plan Seguro**  
Mi salud es hoy