

Recepción de Reembolso

DOP-FORRRDR-210519-V04

Estimado Asegurado: Este formato es un acuse de la documentación entregada o faltante para el trámite de Reembolso. Consérvalo para dar seguimiento con el folio asignado.

Etiqueta

Fecha: Día Mes Año

Inicial: Conv. Lic.
Complemento: Conv. Lic. Ex.

Datos del Asegurado afectado

Nombre: Nombre: (s) Apellido Paterno Apellido Materno
Productos: Póliza:
Correo electrónico: Teléfono:

Requisitos

	Descripción	Presentado	Faltante	No Aplica
Identificación	Id. Oficial vigente del Asegurado Afectado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Id. Oficial vigente del Tramitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Id. Oficial vigente del Solicitante de Pago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Formato "Conoce a tu Cliente" (Art.492)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información Médica	Solicitud de Reembolso - Relación de Comprobantes-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Facturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aviso de Accidente / Enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Informe Médico - por cada Médico Tratante-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desglose de cuenta / Comandas Hospitalarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recibos de Honorarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orden médica para aparatos ortopédicos o equipo especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recetas Médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Resultado de estudios de Laboratorio y/o Gabinete que corroboren el diagnostico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acta del Ministerio Público - Accidentes ocurridos en vía pública -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pago	Solicitud de pago por Transferencia Interbancaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estado de cuenta bancario con CLABE interbancaria a nombre del solicitante del pago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trámite: Ingresado No ingresado

Sólo en caso de que aplique cheque

Solicitud de pago:

Oficina en la que se entregará:

Folio Interno:

Nombre y firma de quien ingresó el trámite

Observaciones

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; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. 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

Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx

serviciosseguro@planseguro.com.mx

Sello

 **Plan Seguro**
Mi salud es hoy

¿Sabes cómo solicitar un reembolso?

En **Plan Seguro** estamos comprometidos con brindarte un mejor servicio, por ello te compartimos información importante para el ingreso de un **reembolso**. Recuerda que toda la documentación debe presentarse clara, sin tachaduras ni enmendaduras.

¿Quién puede ingresar el trámite?

Solicitante de pago



Asegurado afectado*, titular de la póliza o contratante que solicita el pago a su nombre.

Tramitante



Persona que ingresa la documentación, no necesariamente es miembro de la póliza

* Miembro de la póliza que sufre el accidente o enfermedad por la cual se solicita el reembolso.

¿Qué necesito para el reembolso?

Identificaciones oficiales válidas:

- Credencial de elector
- Pasaporte mexicano
- Cédula profesional con fotografía
- Copia de anverso y reverso, completos y legibles.
- Vigente a la fecha de solicitud.
- * Si no eres el Asegurado afectado, también debes presentarla.
- Extranjeros: Copia de FM2, FM3 o credencial migratoria expedida por el Instituto Nacional de Migración.
- Menores de 18 años: acta de nacimiento.

Formatos de Plan Seguro para llenar (disponibles en www.planseguro.com.mx).

- Aviso de accidente o enfermedad.
- Informe Médico por cada médico tratante.
- Solicitud de Reembolso - relación de comprobantes.

Estos documentos se entregan en original y firmados.

Documentación adicional (pueden presentarse en copia):

- Interpretación / resultados de los estudios de laboratorio, imagenología y/o gabinete firmados por el responsable del laboratorio, gabinete o médico radiólogo encargado de la interpretación de estudios de imagen, que corroboren el diagnóstico emitido por el médico tratante.
- Comprobantes para reembolso: facturas a nombre del paciente (asegurado afectado, titular o contratante).
- En caso de presentar facturas hospitalarias, anexar desglose de gastos (comanda hospitalaria).
- Recetas firmadas por el médico tratante, indicando nombre del médico, especialidad, cédula profesional, medicamentos prescritos y dosis.

Tu información médica



Tu reembolso



- Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria (original).
- Copia de la caratula del estado de cuenta bancario a nombre del solicitante de pago con la CLABE y el nombre del banco visibles (no mayor a tres meses).

¿Dónde ingresarlo?



- Presenta tu documentación ordenada y completa en cualquiera de nuestros Módulos Hospitalarios u oficinas.
- Recibirás un acuse de la documentación que entregaste, en el cual se indicará la recibida y faltante (si fuera el caso). Se te asignará un sello y un folio con el que podrás dar seguimiento a tu trámite.



¡Importante!

- No reutilices hojas al imprimir tus documentos.
- Todos los documentos deben requisitarse a una sola tinta.
- Las facturas (FED) no procedentes para pago vía reembolsos, no serán devueltas, pues son solamente copias de la documentación electrónica en propiedad del Asegurado. Desde 2014, por disposición oficial del SAT, **todas las facturas son documentos electrónicos (PDF/XML)** verificados por esa institución y deberán estar en poder del contribuyente para futuras revisiones.

Si tienes dudas, comunícate a nuestro Centro de Atención Telefónica.

Servicio Seguro **800 277 1234**

www.planseguro.com.mx

Para evitar retraso en tu trámite, es importante que el nombre que aparece en la identificación oficial coincida con el registrado en tu póliza; de no ser así, será necesario presentar tu acta de nacimiento en original y copia para corroborar la información y, en su caso, realizar la modificación pertinente.