

REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS REQUISITOS



ASEGURADO: _____

DIAGNOSTICO: _____

Importe

		Original	Importe
1	Informe Médico, uno por cada Médico Tratante (Actualizado cada 6 meses), indicar si requiere fisioterapia	Original	
2	Solicitud de reembolso	Original	
3	IFE del Asegurado afectado	Copia	
4	Tarjeta de la Aseguradora	Copia	
5	Factura del Hospital	Original	
	Desgloce de los conceptos suministrados en la factura del Hospital (Detallado)	Original	
6	Recibo de honorarios del Médico Tratante (conceptos detallados y nombre del Paciente)	Original	
7	Recibo de honorarios del Anestesiólogo (conceptos detallados y nombre del Paciente)	Original	
8	Recibo de honorarios del Ayudante (conceptos detallados y nombre del Paciente)	Original	
9	Factura de laboratorio	Original	
	Resultados de laboratorio	Copia	
10	Factura de Imagenología, RX, Tomografía, Ultrasonido, etc.	Original	
	Interpretación (texto) del Radiólogo sobre los resultados de Imagenología	Copia	
11	Factura de Medicamentos fuera del Hospital	Original	
	Receta de medicamentos fuera del hospital	Copia	
12	Factura de Histopatología	Original	
	Interpretación (texto) del Patólogo sobre los resultados del estudio Histopatológico (tejidos)	Copia	
13	Rehabilitación / Fisioterapia	Original	
	Reporte clínico y bitácora de las sesiones con las firmas del fisioterapeuta y del asegurado	Original	
14	Factura de ambulancia	Original	
	Justificante del médico tratante para el uso de ambulancia	Copia	
		Total:	



seguíseguros

Calle 34 No. 11 x 25 y 30 Av., Playa del Carmen, Q. Roo
 Tel. Of. (984) 879-31-00 Ext. 2 Cel. Whatsapp 984-151-81-82 pymes@seguíseguros.com.mx
 Teófilo Muñoz Reyes | horario L - V de 8:30 am a 5:30 pm