

| Documentación Necesaria: | REEMBOLSO | | PROGRAMACIÓN TRATAMIENTO QUIRURGICO | | PROGRAMACIÓN TRATAMIENTO NO QUIRURGICO (Quimioterapias, hemodiálisis, rehabilitaciones) | | PROGRAMACIÓN DE MEDICAMENTOS | | PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS (Excepción Laboratorios y preoperatorios) | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| | Inicial | Complemento | Inicial | Complemento | Inicial | Complemento | Inicial | Complemento | Inicial | Complemento |
| IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE Del Asegurado afectado y del beneficiario de pago | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| INFORME MÉDICO Reclamación Inicial: Formato debidamente requisitado y firmado por cada uno de los médicos tratantes donde se indique si es médico en convenio y/o aceptará nuestro tabulador de honorarios de pago directo, además de detallar procedimiento a realizar, tratamiento indicado y días de atención. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reclamación de complementos: El formato se solicita cuando son tratamientos prolongados como quimioterapias, radioterapias, hemodiálisis y administración de medicamentos, etc., con actualización cada 6 meses. En programación de tratamientos quirúrgicos, se solicitará en cada evento. | | | | | | | | | | |
| AVISO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD. Formato debidamente requisitado y firmado por el Asegurado Afectado o Contratante en caso de que el Asegurado sea menor de edad | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE Interpretación de los resultados de estudios que sustenten el diagnóstico médico En complementos se solicitará cuando se haya realizado un nuevo estudio y no fue presentado en reclamación previa. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| COMPROBANTES DE PAGO. Las facturas o recibos sin excepción deberán ser emitidos a nombre del Asegurado Afectado mayor de edad, Contratante y/o Titular de la póliza, deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes y que, en el concepto de cobro se describa los días de atención y/o tipo deservicio. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| RECETAS MÉDICAS. Los medicamentos deberán ser prescritos por el Médico tratante donde se indique el nombre de paciente, duración del tratamiento, dosis exacta y gramaje. En complementos deberá actualizarse cada 6 meses | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| ORDEN DE ESTUDIOS. La indicación de los estudios a realizar por el Médico tratante podrán ser mencionados en el informe médico y/o receta y deben estar estrictamente relacionados con el padecimiento a reclamar. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESTADO DE CUENTA HOSPITALARIO. Debe contener el desglose de montos y conceptos por los días de estancia hospitalaria o servicios. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| COMPROBANTE DE DOMICILIO. Con una vigencia no mayor a 3 meses de antigüedad | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| FORMATO CONOCE A TU CLIENTE. Debidamente requisitado que corresponda al beneficiario del pago, puede ser persona física o moral. Si el beneficiario del pago es el contratante de la póliza no se requiere este formato. En complemento solo se requiere si el beneficiario del pago se modifica. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| FORMATO SOLICITUD DE PAGO "FINIQUITO POR TRANSFERENCIA BANCARIA". Deberá presentarse en cada trámite y contener la fecha de la solicitud actual. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| FORMATO SOLICITUD DE DESGLOSE DE GASTOS. Relacionar las facturas y recibos con número de folio fiscal y montos reclamados. En tramites complementarios indicar número de siniestro. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| ESTADO DE CUENTA BANCARIO. Copia del estado de cuenta no mayor a 3 meses de antigüedad donde se visualice la clave interbancaria, nombre del banco y del beneficiario del pago conforme se indica en el apartado de "comprobantes de pago". | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| BITÁCORA DE SERVICIOS. Presentar bitácora cuando el tratamiento se prescribe en diferentes sesiones, deberá indicar nombre del paciente, fecha y firma por sesión. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| COBERTURAS INDEMNIZATORIAS. Presentar carta de reclamación emitida por el Contratante, Titular y/o Asegurado mayor de edad en hoja simple con nombre, firma y fecha. Coberturas: Ayuda de maternidad en póliza Individual, Gasto funerario, ayuda diaria por hospitalización, etc. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | |

CONSIDERACIONES

PARA PROGRAMACIONES ENVIAR AL CORREO :

programaciones@segurosvepormas.com

Correos después de las 14:00 horas se recibe con fecha del siguiente día hábil

Seguros Ve por Más podrá solicitar información adicional en los siguientes casos:

- A) Cuando el Médico Tratante modifique el esquema de tratamiento, podrá solicitarse receta medica y/o informe médico con la justificación del mismo
- B) Resumen médico de evolución del padecimiento y/o historia clínica en forma semestral
- C) En procedimientos que impliquen el uso de materiales especializados, por ejemplo: Cardiovasculares, renales, ortopédicos y otros
- D) Cuando se solicite programación de medicamento proporcionar dirección de entrega y 2 teléfonos de contacto en correo de solicitud
- E) Información complementaria, una vez que se realizó el dictamen médico y administrativo

Será indispensable presentar los formatos de aviso de accidente y/o enfermedad e informe médico de Seguros Ve por Más, mismos que puede descargar en nuestra página:
<https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/seguros-siniestros>

Cumplir con la documentación indicada permitirá a Seguros Bx+ dar una respuesta oportuna a su reclamación.

Horario de Atención: L a V de 9:00 am a 14:00 horas, en Paseo de la Reforma 243, Piso 16., Col. Cuauhtémoc, CD. de México.
Teléfono de servicio: (01800) 830 36 76