

A. Datos Generales – Datos Del Asegurado Afectado.

Asegurado Titular: _____

Asegurado Afectado: _____

Médico Tratante: _____

Póliza: _____

Teléfono de contacto: _____

Dirección de Entrega: _____

B. Medicamentos.

Nombre del Medicamento	Presentación			Posología		
	Gramaje (mg./gr.)	Cajas/ Frascos	Cantidad	No. Tabletas	Dosis (Horario)	Duración del tratamiento

C. Equipo Especial.

Equipo	Tiempo de uso

Términos Y Condiciones

Deberá existir un siniestro abierto con un diagnóstico medicamento establecido, así como el protocolo del tratamiento y seguimiento del asegurado. La autorización de los medicamentos está sujeta a previa dictaminación de Prevem Seguros y a la disponibilidad de los medicamentos por parte de nuestro proveedor.

Requisitos para la Solicitud de Medicamentos y/o Equipo vía pago directo

- 1 Solicitud de medicamentos y/o equipo completamente requisitada y firmada por asegurado titular y/o afectado.
- 2 Finiquito anterior firmado.
- 3 Para el caso de medicamentos, receta médica original o copia, no mayor a 3 meses de expedición. La receta debe contener: nombre del medicamento, presentación, gramaje, posología (número de tabletas, horario y duración del tratamiento).
- 4 Para el caso de equipo especial, requisición (receta) del médico tratante indicando el equipo a utilizar, así como el tiempo de uso del mismo.
- 5 Copia de identificación oficial (para menores de edad, copia del acta de nacimiento o credencial escolar).
- 6 Copia de comprobante de domicilio

IMPORTANTE

Esta solicitud debe ser ingresada a través de las oficinas de Prevem Seguros, con un mínimo de 5 días de anticipación a la aplicación del medicamento, en el caso de medicamentos de consumo periódico o al termino de la dotación del medicamento anteriormente entregado.

El contratante y/o asegurado se compromete a cubrir el coaseguro correspondiente, el cual será indicado en la carta de autorización de medicamento o equipo, siendo de su conocimiento que no podrá existir cancelación, cambio o devolución de los medicamentos solicitados.

NOTA: El medicamento o equipo será surtido después de la confirmación del depósito o transferencia del coaseguro del asegurado al proveedor.

Acepto términos y condiciones

Prevem Seguros S.A. De C.V.

Nombre Y Firma del Asegurado
y/o Contratante

Sello y Firma de Mesa de Control

Para cualquier duda o aclaración, Prevem Seguros se pone a sus órdenes en nuestro Centro de Atención Telefónica: 559178 2626 y 800 277 38 36.