

**REEMBOLSO - RECLAMACIÓN INICIAL**

Agradeceremos considerar que cada uno de los trámites que se ingresen a Prevem Seguros incluyan:

1. Solicitud de reembolso original completamente requisitada, sin enmendaduras, y firmada por el asegurado titular o agente.

Cuando se instruya pago por **TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**, preferentemente adjuntar carátula de estado de cuenta bancario en el que pueda apreciarse claramente:

- Nombre del titular de la cuenta
- CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) completa
- Banco emisor
- Firma autógrafa del asegurado titular (beneficiario del pago); adjuntar copia de identificación oficial vigente

2. Documentos fiscales relacionados en la solicitud de reembolso, en formatos de archivo PDF y XML (**no enviar "ligas"**), que cumplan con los requisitos fiscales establecidos y cuya información digital sea completamente legible, que incluyan, según sea el caso:

- **Hospital:** el estado de cuenta detallado por el mismo importe facturado.
- **Honorarios:** incluir el nombre del paciente o anexar receta emitida en la fecha de servicio.
- **Farmacia:** la receta correspondiente; con fecha de expedición no mayor a 3 meses, posterior a este periodo se requiere receta nueva.
- **Estudios o imagenología:** los resultados o interpretaciones respectivos, así como la orden médica para su realización.
- **Terapias:** la prescripción médica correspondiente y la bitácora de rehabilitación, firmada por el asegurado afectado.

3. Aviso de Accidente o Enfermedad original, firmado por el asegurado titular y el afectado (no aplica para menores de edad).
4. Informe médico original, firmado por el médico tratante. Este documento tiene caducidad de 6 meses, posterior a dicho periodo se requiere nuevo informe médico.
5. Identificación oficial vigente del asegurado afectado (impresión legible); para el caso de menores de edad: copia del acta de nacimiento o credencial escolar.
6. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a tres meses (impresión legible), en caso de no coincidir el domicilio de la identificación con el manifestado en el Aviso de Accidente o Enfermedad.



**SOLICITUD DE ATENCIÓN PROGRAMADA**

**DEBE INGRESARSE CON CINCO DÍAS DE ANTICIPACIÓN**

1. Estudios o imagenología con los resultados o interpretaciones respectivos. **SON INDISPENSABLES.**
2. Aviso de Accidente o Enfermedad original, firmado por el asegurado titular y el afectado (no aplica para menores de edad).
3. Informe médico original, firmado por el médico tratante. Este documento tiene caducidad de 6 meses, posterior a dicho periodo se requiere nuevo informe médico.
4. Identificación oficial vigente del asegurado afectado; para el caso de menores de edad: copia del acta de nacimiento o credencial escolar.
5. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a tres meses (impresión legible), en caso de no coincidir el domicilio de la identificación con el manifestado en el Aviso de Accidente o Enfermedad.



**COMPLEMENTOS DE REEMBOLSO**

1. Solicitud de reembolso completamente requisitada, sin enmendaduras, y firmada por el asegurado titular o agente. Cuando se instruya pago por **TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**, preferentemente adjuntar carátula de estado de cuenta bancario en el que pueda apreciarse claramente:

- Nombre del titular de la cuenta
- CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) completa
- Banco emisor
- Firma autógrafa del asegurado titular (beneficiario del pago); adjuntar copia de identificación oficial vigente

2. Documentos fiscales relacionados en la solicitud de reembolso, en formatos de archivo PDF y XML (**no enviar "ligas"**), que cumplan con los requisitos fiscales establecidos y cuya información digital sea completamente legible, que incluyan, según sea el caso:

- **Hospital:** el estado de cuenta detallado por el mismo importe facturado.
- **Honorarios:** incluir el nombre del paciente o anexar receta emitida en la fecha de servicio.
- **Farmacia:** la receta correspondiente; con fecha de expedición no mayor a 3 meses, posterior a este periodo se requiere receta nueva.
- **Estudios o imagenología:** los resultados o interpretaciones respectivos, así como la orden médica para su realización.
- **Terapias:** la prescripción médica correspondiente y la bitácora de rehabilitación, firmada por el asegurado afectado.

3. Informe médico, firmado por el médico tratante. Cuando el informe médico del trámite anterior haya superado los 6 meses de su expedición.





**COMPLEMENTOS POR INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)**

1. Solicitud de reembolso completamente requisitada, sin enmendaduras, y firmada por el asegurado titular o agente.

Cuando se instruya pago por TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, preferentemente adjuntar carátula de estado de cuenta bancario en el que pueda apreciarse claramente:

- Nombre del titular de la cuenta
- CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) completa
- Banco emisor
- Firma autógrafa del asegurado titular (beneficiario del pago); adjuntar copia de identificación oficial vigente

2. Documento(s) que indique(n) fecha de ingreso y fecha de alta hospitalaria del asegurado afectado.

**SOLICITUD DE MEDICAMENTO(S) Y/O EQUIPO**

1. Solicitud de Medicamento(s) y/o Equipo Original, completamente requisitada, firmada por el asegurado titular o agente.
2. Para el caso de medicamentos, receta médica con fecha de expedición no mayor a 3 meses, posterior a este periodo se requiere receta nueva.
  - **La receta debe contener: Nombre del medicamento, presentación, gramaje, posología** (número de tabletas, horario y duración del tratamiento).
3. Para el caso de equipo especial, prescripción del médico tratante indicando el equipo a utilizar, así como el tiempo de uso del mismo.

