

Documentación Necesaria:	REEMBOLSO		PROGRAMACIÓN TRATAMIENTO QUIRURGICO		PROGRAMACIÓN TRATAMIENTO NO QUIRURGICO (Quimioterapias, hemodiálisis, rehabilitaciones)		PROGRAMACIÓN DE MEDICAMENTOS		PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS (Excepto Laboratorios y preoperatorios)	
	Inicial	Complemento	Inicial	Complemento	Inicial	Complemento	Inicial	Complemento	Inicial	Complemento
<b>IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE</b> 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"/>	
<b>INFORME MÉDICO</b> 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.  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.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>AVISO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.</b> 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"/>	
<b>ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE</b> 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>COMPROBANTES DE PAGO.</b> 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"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>RECETAS MÉDICAS.</b> 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"/>		
<b>ORDEN DE ESTUDIOS.</b> 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"/>
<b>ESTADO DE CUENTA HOSPITALARIO.</b> Debe contener el desglose de montos y conceptos por los días de estancia hospitalaria o servicios.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<b>COMPROBANTE DE DOMICILIO.</b> Con una vigencia no mayor a 3 meses de antigüedad	<input checked="" type="checkbox"/>									
<b>FORMATO CONOCE A TU CLIENTE.</b> 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"/>								
<b>FORMATO SOLICITUD DE PAGO "FINIQUITO POR TRANSFERENCIA BANCARIA".</b> Deberá presentarse en cada trámite y contener la fecha de la solicitud actual.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
<b>FORMATO SOLICITUD DE DESGLOSE DE GASTOS.</b> 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"/>								
<b>ESTADO DE CUENTA BANCARIO.</b> Copia del estado de cuenta no mayor a 3 meses de antigüedad donde se visualice la clabe interbancaria, nombre del banco y del beneficiario del pago conforme se indica en el apartado de "comprobantes de pago".	<input checked="" type="checkbox"/>									
<b>BITÁCORA DE SERVICIOS.</b> 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"/>								
<b>COBERTURAS INDEMNIZATORIAS.</b> 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**

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

*Da pasos Seguros, Ve por Más*