

PREVEM SEGUROS, S.A. DE C.V. JEFATURA OPERATIVA DE SINIESTROS LISTA DE VERIFICACIÓN PARA RECEPCIÓN DE RECLAMACIONES

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, 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 anexas receta emitida en la fecha de servicio.
- **Farmacia:** la receta correspondiente.
- **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.
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.



PREVEM SEGUROS, S.A. DE C.V. JEFATURA OPERATIVA DE SINIESTROS LISTA DE VERIFICACIÓN PARA RECEPCIÓN DE RECLAMACIONES

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.
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, 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 anexas receta emitida en la fecha de servicio.
- **Farmacia:** la receta correspondiente.
- **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.



PREVEM SEGUROS, S.A. DE C.V. JEFATURA OPERATIVA DE SINIESTROS LISTA DE VERIFICACIÓN PARA RECEPCIÓN DE RECLAMACIONES

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

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 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).
3. Para el caso de equipo especial, prescripción del médico tratante indicando el equipo a utilizar, así como el tiempo de uso del mismo.

