

# Guía

DE

usuario 

Conoce las normas básicas a tomar en cuenta para el ingreso correcto de tus trámites

Para el ingreso correcto de cualquier trámite en **Plan Seguro** y que éste pueda ser atendido de manera ágil y oportuna, es indispensable cumplir con los siguientes requisitos básicos de documentación.



### Identificaciones

- ✓ INE\* vigente.
- ✓ Pasaporte\* mexicano vigente.
- ✓ En caso de extranjeros: FM2\*, FM3\* o tarjeta de residente vigente.
- ✓ En caso de menores de 18 años: acta de nacimiento vigente o CURP.

\*Debe coincidir con el nombre del contratante o asegurado.



### Comprobantes de domicilio

- ✓ Original digital o copia legible de recibo de teléfono, televisión de paga, agua, luz, gas, predial o Cédula de Identificación Fiscal.
- ✓ No mayor a 3 meses de antigüedad de fecha de facturación.



Si la identificación presentada es el INE y es visible la dirección, se puede reemplazar este requerimiento.



### Estados de cuenta bancarios

✓ Original digital o copia legible del estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses, en donde visualice lo siguiente:

- Nombre del banco.
- Nombre completo de beneficiario.
- CLABE Interbancaria.



No se aceptan cuentas de tarjetas de crédito.



### Formatos

✓ PDF's digitales o escaneados legibles.

✓ Requisitados a una tinta, misma letra y con todas las firmas requeridas (digitales o físicas).

✓ Sin tachaduras o enmendaduras.

✓ Versión vigente. Descárgalos cada ocasión de nuestra página web

**[www.planseguro.com.mx/formatos\\_tramites](http://www.planseguro.com.mx/formatos_tramites)**

## Sistemas de pago

La aseguradora puede cubrir los gastos efectuados de dos maneras:

1.- La compañía de seguros paga los servicios médicos directamente al prestador, a esta modalidad se le llama **pago directo**.



2.- El asegurado cubre los gastos inicialmente y después los ingresa a la compañía de seguros para que ésta le **reembolse** dichos gastos.





## INGRESO DE TRAMITES ¿CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO?



Si por algún motivo pagaste los gastos médicos previos a tu diagnóstico o incluso los hospitalarios y éstos rebasan el deducible contratado (2 UMAM), puedes solicitar el reembolso de los gastos cubiertos, de acuerdo con las condiciones de operación del seguro del CIESAS.



## Documentos para solicitar un reembolso:

1



Identificaciones oficiales vigentes de la persona beneficiaria y del paciente (INE, pasaporte, cédula profesional). En el caso de extranjeros, FM2 o FM3.

2



Informe Médico y documentos relacionados al padecimiento (diagnósticos, resultados de laboratorio, interpretaciones de estudios de imagen o gabinete, recetas médicas, etc).

3



Facturas a reembolsar (PDF y XML).

4



Estado de cuenta a la que se hará la transferencia. Es importante que se visualice la cuenta CLABE, así como nombre y logotipo de la institución bancaria.

Estos documentos deben ser totalmente legibles. Para escanear documentos con tu celular, te recomendamos utilizar la App  Microsoft Lens

\*El Estado de Cuenta Bancario (sin movimientos) deberá ser a nombre del asegurado para realizar el depósito de su reembolso.



## RECOMENDACIONES POR TIPO DE RECLAMACIÓN

### Sesiones de rehabilitación

(cualquier tipo), quimioterapias, radioterapias, ozonoterapias, cámara hiperbárica.



- Anexar la receta con la indicación y justificación del médico tratante.
- **Anexar la bitácora de asistencia a las sesiones** donde se indique: nombre y firma del asegurado afectado, diagnóstico y fechas de atención.
- **Las facturas deben indicar la cantidad de sesiones reclamadas**, así como el costo unitario.
- Incluir el informe del médico rehabilitador o terapeuta.

### Estudios de laboratorio, gabinete o imagenología.



- Anexar la receta médica con la solicitud de estudios de laboratorio, gabinete o imagenología.
- Presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando.
- Anexar los resultados de los estudios de laboratorio y en el caso de imagenología o gabinete, la interpretación de los mismos (los reportes de los estudios deben contar con el nombre, cédula y firma del profesional que realizó la interpretación de los estudios). Sólo se cubrirán los estudios indicados por el médico tratante y que tengan relación directa con el padecimiento que se está cubriendo.
- Las facturas deben presentar el desglose de los estudios practicados.

### Honorarios de cuidados de enfermería a domicilio



- Anexar la receta con la indicación y justificación del médico tratante.
- Se deben anexar **bitácoras de las actividades** realizadas por día que indiquen: nombre del paciente, fecha de atención, descripción de las actividades realizadas y la firma de que recibió la atención.
- **Las facturas deben especificar** la cantidad de turnos reclamados, así como la cantidad de horas incluidas en cada turno.

### Medicamentos



Las facturas por este concepto, deben presentar el desglose de los diversos medicamentos que se están reclamando.

**Anexar la receta expedida por el médico tratante con prescripción del medicamento** (debe incluir: datos del asegurado afectado, fecha de prescripción, nombre del medicamento, dosis, presentación y duración del tratamiento, así como nombre, firma y cédula profesional del médico tratante). Sólo se cubren los medicamentos que tengan relación directa con el padecimiento autorizado.

Para efecto de justificar la reclamación por medicamento, las recetas tendrán una vigencia de 3 meses a partir de su expedición. Recuerda que **Plan Seguro** te ofrece el beneficio de pago directo en medicamentos de alto costo.



## Accidente en vía pública

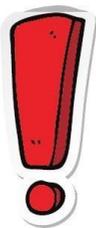


En caso de accidentes ocurridos en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general, se debe presentar la denuncia o carpeta de investigación iniciada ante el Ministerio Público que tuvo conocimiento de los hechos.

## Facturas por atención en hospital



Anexar desglose de materiales e insumos hospitalarios (comanda hospitalaria).



Para pagos complementarios:

El Asegurado deberá entregar:

Comprobante del último finiquito con el que se le haya hecho reembolso por la misma enfermedad o accidente.



## FORMATOS

**Plan Seguro**  
-Mi salud es hoy-

DMD-FORAAE-230519-V11

### Aviso de Accidente o Enfermedad

**INSTRUCCIONES:**

- Este formulario deberá ser requerido y firmado por el Asegurado con letra de molde.
- Es necesario llenar este formulario en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
- Por el hecho de proporcionar este formulario la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza.
- Este formulario no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.

Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de reclamación:  Pago Directo  Programación de Cirugía  Reembolso Motivo de reclamación:  Accidente  Enfermedad  Embarazo

**Datos del Contratante o Razón Social**

Nombre: \_\_\_\_\_

**Datos del Titular de la Póliza**

Nombre: \_\_\_\_\_

**Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Nacionalidad: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Titular: \_\_\_\_\_

Córeo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ No. Exterior: \_\_\_\_\_ No. Interior: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_ Ciudad o Población: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía?  Sí  No ¿Con qué compañía? \_\_\_\_\_

¿Actualmente tiene otro seguro?  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Con qué compañía? \_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros signos y síntomas de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Fecha en que visitó por primera vez al Médico por esta enfermedad: \_\_\_\_\_

En este espacio indique el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó enfatizando ¿dónde, cómo y cuándo ocurrió?

Indique el diagnóstico o motivo de su reclamación: \_\_\_\_\_

En caso de accidente automovilístico ¿Cuenta con seguro de auto?  Sí  No Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

¿Estuvo hospitalizado?  Sí  No Días de estancia: \_\_\_\_\_

Hospital en el que fue atendido: \_\_\_\_\_

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros, Boulevard Adolfo Ruiz Cortés 3720, Torre I, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01000, Ciudad de México. | [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

**Plan Seguro**  
-Mi salud es hoy-

DMD-FORMD-230512-V07

### Informe Médico

**INSTRUCCIONES:**

- Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y con firma autógrafa tanto por el Médico Tratante como por el Asegurado afectado y/o familiar que proporcione la información al Médico Tratante.
- Favor de no dejar preguntas sin espacios sin contestar.
- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
- La información plasmada en este informe médico, no será susceptible de cambios posteriores, una vez firmado por el Asegurado afectado y/o familiar responsable.

**Ficha de Identificación**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Edad: \_\_\_\_\_

Causa de Atención:  Enfermedad  Accidente  Embarazo  Prevención

Referido por otro Médico o Unidad:  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)**

**Antecedentes Personales Patológicos (Incluir fechas)**

Describe Diagnósticos y Tratamientos Médico-Quirúrgicos recibidos. Aún cuando no tengan relación al padecimiento actual.

Cardíacos

Hipertensivos

Diabetes Mellitus

VIH / SIDA

Cáncer

Hepáticos

Convulsivos

Cirugías

Otros: \_\_\_\_\_

Paciente niega antecedentes

**Antecedentes Personales No Patológicos**

¿Fumas? -especificar la cantidad- \_\_\_\_\_

¿Consume bebidas alcohólicas? -especificar la cantidad- \_\_\_\_\_

¿Consume o ha consumido algún tipo de Droga? -especificar tipo y la cantidad- \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido pérdida intencional de peso? - describir \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Paciente niega antecedentes

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros, Boulevard Adolfo Ruiz Cortés 3720, Torre I, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01000, Ciudad de México. | [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

**Solicitud de Reembolso**

**INSTRUCCIONES:**

- Favor de completar todos y cada uno de los espacios requeridos.
- Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras.

**Datos del Asegurado afectado**

Nombre: \_\_\_\_\_

Contratante: \_\_\_\_\_

No. póliza actual: \_\_\_\_\_ No. póliza anterior: \_\_\_\_\_

Si en tu última renovación el número de póliza ha cambiado, por favor rellena los espacios correspondientes.

Por este medio solicito el Reembolso de los gastos efectuados por atención médica de:

\_\_\_\_\_

¿Has presentado reclamaciones anteriores por este padecimiento?  Sí  No No. de siniestro (obligatorio): \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, es necesario que ingreses Informe Médico para esta reclamación en los siguientes casos:

- Si presenta recidiva de la lesión de un miembro delimitado a la revisión de la lesión.
- Si el tratamiento de padecimiento de larga evolución\* ha alcanzado más de 3 meses desde la declaración anterior.
- En caso de haber sido solicitado por Plan Seguro en tu última finiquito.

\*Se define como padecimiento de larga evolución a aquellos con duración mayor a seis meses.

Indica los documentos que estás ingresando para el trámite de tu Reembolso:

- Aviso de Accidente y/o Enfermedad
- Informe Médico de los doctores

Dr. (a): \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dr. (a): \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

3. Indica los estudios de laboratorio o gabinete de los que ingreses interpretación:

\_\_\_\_\_

4. Indica la moneda de los comprobantes ingresados:

Moneda Nacional:  Moneda Extranjera:  Otro: \_\_\_\_\_

\*Presentar comprobantes en dígitos de moneda los debes ingresar en trenes por separado.

Página 1 de 2

**Plan Seguro**  
-Mi salud es hoy-

Servicio Seguro 800 277 1234  
[www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)  
serviciosseguro@planseguro.com.mx

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros, Boulevard Adolfo Ruiz Cortés 3720, Torre I, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01000, Ciudad de México. | [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

**Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria (Reembolsos)**

**INSTRUCCIONES:**

- Todos los espacios son obligatorios.
- No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Por este medio solicito y autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, para que se aplique la transferencia o depósito, del pago de los gastos procedentes asociados a la cobertura de la Póliza contratada con dicha Compañía de Seguros, a la siguiente cuenta bancaria.

Cuenta CLABE (8 dígitos) \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

La cuenta CLABE consta de once (11) dígitos y se utiliza en transacciones interbancarias, aparece en el estado de cuenta o puede solicitarlo en su banco.

Transferencia a nombre de: \_\_\_\_\_ Asegurado afectado: \_\_\_\_\_ Titular: \_\_\_\_\_ Contratante: \_\_\_\_\_

En caso de requerir que la transferencia se realice a otra persona distinta al beneficiario arriba, especificar la siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Relación con el Asegurado afectado: \_\_\_\_\_

Motivo por el que requiere el pago: \_\_\_\_\_

En todo caso, se deberá anexar la documentación que acredite su relación con el Asegurado afectado y/o el derecho a solicitar el pago. Plan Seguro analizará su procedencia y podrá solicitar mayor información en caso de ser necesario.

Reservamos como garante de transferencia notitia (digital o física) a la cuenta CLABE antes mencionada, el que Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros me envíe el correo electrónico que señala: \_\_\_\_\_ y con ello le otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda por este(s) reclamo(s) por lo que no me reservo derecho o acción alguna que derive de esta cuenta.

Para este trámite de Reembolso y los subsiguientes asociados a este sistema padecimiento:

- Libero a la Aseguradora de cualquier otra responsabilidad relacionada con el Siniestro indemnizado.
- El Siniestro no se reserva derecho o acción alguna en contra de la Aseguradora.
- No cederé a favor de la Aseguradora por la cantidad indemnizada para que ésta, si así lo desea, ejercite derechos o acciones en contra de terceros responsables del Siniestro y me obligo a auxiliar a la Aseguradora a establecer cualquier demanda o a ejercer cualquier acción en su favor por vía judicial o extrajudicial, relacionada con el Siniestro indemnizado.
- Acepto y reconozco que, con el/los pago(s) en la cuenta CLABE interbancaria señalada en el párrafo de la parte superior otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda a favor de la Aseguradora. En caso de que manifieste que no recibió el pago respectivo, Plan Seguro deberá comprobar el cumplimiento mediante la constancia de transferencia interbancaria que corresponde, de lo contrario, éste y los puntos anteriores no tendrán efectos legales.

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE TODA INFORMACIÓN AQUÍ VERIFICADA CORRESPONDE A LA REALIDAD HACIÉNDOME RESPONSABLE DE LA MISMA Y AUTORIZANDO A PLAN SEGURO, S.A. DE C.V. COMPAÑIA DE SEGUROS PARA SU USO EN TODO LO RELACIONADO, CON LOS FINES DE ESTE FINQUIITO

Nombre y firma del Asegurado afectado \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Servicio Seguro 800 277 1234  
[www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)  
serviciosseguro@planseguro.com.mx

**Plan Seguro**  
-Mi salud es hoy-

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros, Boulevard Adolfo Ruiz Cortés 3720, Torre I, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01000, Ciudad de México. | [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)



[www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

