

# Aceptación de Tabulador de Honorarios

Fecha:

Folio Pago Directo:

Llenar por el Médico Tratante

Datos del paciente. Todos los datos son obligatorios			
Nombre:	<input type="text" value="Nombre (s)"/>	<input type="text" value="Apellido Paterno"/>	<input type="text" value="Apellido Materno"/>
Diagnóstico (s)			
<input type="text"/>			
Procedimiento (s)			
<input type="text"/>			
Datos del Médico Tratante			
Nombre:	<input type="text" value="Nombre (s)"/>	<input type="text" value="Apellido Paterno"/>	<input type="text" value="Apellido Materno"/>
Especialidad			
<input type="text"/>			

A través del presente formato hago constar que me ajusto al Tabulador de Pago Directo indicado por Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros para los procedimientos descritos en este y en la Carta Autorización de Pago Directo.

Plan Seguro, con domicilio en Periférico Sur no. 4355, Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210 en Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus Datos Personales tanto Sensibles como Patrimoniales, que sean recabados y/o generados derivado de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación, el Aviso Integral podrá encontrarlo en el sitio web [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx).

Nombre y firma del Médico Tratante

Porque prevenir es Salud  
Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**

[servicioseguro@planseguro.com.mx](mailto:servicioseguro@planseguro.com.mx)

