

Solicitud de Medicamentos y Equipo Especial por Pago Directo

Fecha: DÍA MES AÑO

Requisitos para la solicitud de medicamento vía Pago Directo:

1. Deberá contar con Siniestro aperturado por el mismo diagnóstico por el que realiza esta solicitud.
2. Copia de Finiquito anterior o Carta de Cobertura vía Pago Directo.
3. Copia de Informe Médico no mayor a cuatro meses de haberse expedido.
4. Receta Médica original o copia, no mayor a cuatro meses de haberse expedido, debe contener el nombre del medicamento, presentación y gramaje.
5. Identificación oficial vigente (INE, pasaporte)

Datos del Asegurado afectado. Todos los datos son obligatorios

Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Póliza: Número de Siniestro: Correo electrónico:

Teléfono particular: Teléfono de oficina: Ext. Teléfono celular:

Identificación oficial Sí No Informe Médico Sí No Receta Médica Sí No

Nombre del medicamento	Presentación y gramaje	Presentación a surtir caja/frasco	Dosis en la que se debe de administrar el medicamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Características del equipo especial

Temporalidad

El medicamento y/o equipo especial deberá entregarse en:

Calle: No. Exterior No. Interior Colonia: C.P.

Delegación o Municipio: Ciudad o Población:

Teléfono particular: Teléfono de oficina: Ext. Teléfono celular:

Referencias particulares del domicilio: Horario de entrega:

El Contratante y/o Asegurado se compromete a cubrir el Coaseguro correspondiente para la solicitud del medicamento autorizado y/o equipo especial, siendo de su consentimiento que no podrá existir cancelación, cambio o devolución de los medicamentos solicitados.
El tiempo de respuesta es de 5 días hábiles, por lo que deberá considerarlo para esta solicitud.
El tiempo de entrega depende de la disponibilidad del medicamento y/o equipo especial.
Aplican restricciones.

Observaciones:

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.

Nombre y firma del Titular y/o Asegurado afectado

Nombre y firma del Solicitante y/o Asegurado afectado