

**SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL SEGURO  
DE GASTOS MEDICOS MAYORES**



**SINIESTRO:**

<b>I. DATOS DEL CONTRATANTE</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
No. de póliza:			Nombre o razón social del contratante:				
<b>II. DATOS DEL ASEGURADO</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
Nombre del asegurado titular:				No. de certificado o Asegurado:			
DOMICILIO: Calle		Núm. ext.		Núm. int.		Colonia	
Población, municipio o delegación y estado				Código postal		Teléfono(s)	
<b>III. DATOS DEL TRAMITANTE</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
Nombre del tramitante:					Teléfono:		
<b>IV. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
Nombre del asegurado afectado:							
Lugar de atención por enfermedad o accidente (Entidad):							
Tipo de Reclamación: Inicial <input type="checkbox"/> Complemento folio No. _____ Tipo de evento: Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>							
<b>V. INFORMACIÓN PARA EL PAGO</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
Entrego la documentación que se relaciona a continuación para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será en base a las condiciones de la póliza del seguro.							
DESGLOSE DE DOCUMENTOS: <b>A. Informe Médico</b> ( ) <b>B. Aviso de Accidente o Enfermedad e Instrucción de Pago Finiquito</b> ( )							
<b>C. Factura de Hospital *</b>		<b>D. Recibos de Honorarios *</b>		<b>E. Facturas de Farmacias (con recetas anexas) *</b>		<b>F. Facturas de otros servicios *</b>	
No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$
<b>G. Estudios que presenta:</b> Radiografías ( ) Laboratorio ( ) Patología ( ) <b>H. Otros</b> _____ <b>I. Total Reclamado : \$</b> _____							
<b>Solicitó transferencia electrónica:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
* Requisitos Fiscales: Las facturas, recibos y/o comprobante de gastos, se deben anexar en original y deben contener folio, cédula fiscal impresa y los datos del prestador de servicio (fecha, nombre, etc); en caso de Ticket, deberá ser de caja registradora oficial con las siglas S.H.C.P. (Requisitos Arts. 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación), en todo caso, aclaración de conceptos (desglose).							
<b>VI. PARA SER LLENADO EN COORDINACIÓN CON EL PERSONAL DE RECEPCIÓN DE METLIFE MEXICO</b>							
De los documentos relacionados, los siguientes comprobantes no pueden ser aceptados para su trámite, debido a la(s) siguiente(s) causa(s):							
Comprobante		Importe		Comprobante		Importe	
_____		\$ _____ ( )		_____		\$ _____ ( )	
_____		\$ _____ ( )		_____		\$ _____ ( )	
_____		\$ _____ ( )		_____		\$ _____ ( )	
Causa							
1. Faltan datos por llenar 2. Faltan recetas médicas 3. Requiere desglose 4. Sin requisitos Fiscales 5. Gastos no amparados 6. Otros							

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Recibió: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Asegurado o de su representante legal

Av. Presidente Masaryk 111, Col. Polanco, C. P. 11570, Deleg. Miguel Hidalgo, México, D.F., Tel. 5328-7222, Lada 01-800-019-3300

**SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL SEGURO  
DE GASTOS MEDICOS MAYORES**



**SINIESTRO:**

**I. DATOS DEL CONTRATANTE** Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)

No. de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre o razón social del contratante: \_\_\_\_\_

**II. DATOS DEL ASEGURADO** Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)

Nombre del asegurado titular: \_\_\_\_\_ No. de certificado o Asegurado: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: Calle \_\_\_\_\_ Núm. ext. \_\_\_\_\_ Núm. int. \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_

Población, municipio o delegación y estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono(s) \_\_\_\_\_

**III. DATOS DEL TRAMITANTE** Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)

Nombre del tramitante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**IV. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN** Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)

Nombre del asegurado afectado: \_\_\_\_\_

Lugar de atención por enfermedad o accidente (Entidad): \_\_\_\_\_

Tipo de Reclamación: Inicial  Complemento folio No. \_\_\_\_\_

Tipo de evento: Accidente  Enfermedad  Embarazo

**V. INFORMACIÓN PARA EL PAGO** Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)

Entrego la documentación que se relaciona a continuación para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será en base a las condiciones de la póliza del seguro.

DESGLOSE DE DOCUMENTOS: **A. Informe Médico** ( ) **B. Aviso de Accidente o Enfermedad e Instrucción de Pago Finiquito** ( )

C. Factura de Hospital *		D. Recibos de Honorarios *		E. Facturas de Farmacias (con recetas anexas) *		F. Facturas de otros servicios *	
No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$

**G. Estudios que presenta:** Radiografías ( ) Laboratorio ( ) Patología ( )

**H. Otros** \_\_\_\_\_

**I. Total Reclamado : \$** \_\_\_\_\_

**Solicitó transferencia electrónica:** SI  NO

\* Requisitos Fiscales: Las facturas, recibos y/o comprobante de gastos, se deben anexar en original y deben contener folio, cédula fiscal impresa y los datos del prestador de servicio (fecha, nombre, etc); en caso de Ticket, deberá ser de caja registradora oficial con las siglas S.H.C.P. (Requisitos Arts. 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación), en todo caso, aclaración de conceptos (desglose).

**VI. PARA SER LLENADO EN COORDINACIÓN CON EL PERSONAL DE RECEPCIÓN DE METLIFE MEXICO**

De los documentos relacionados, los siguientes comprobantes no pueden ser aceptados para su trámite, debido a la(s) siguiente(s) causa(s):

Comprobante	Importe	Comprobante	Importe
_____	\$ _____ ( )	_____	\$ _____ ( )
_____	\$ _____ ( )	_____	\$ _____ ( )
_____	\$ _____ ( )	_____	\$ _____ ( )

Causa  
1. Faltan datos por llenar 2. Faltan recetas médicas 3. Requiere desglose 4. Sin requisitos Fiscales 5. Gastos no amparados 6. Otros

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Recibió: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Asegurado o de su representante legal \_\_\_\_\_

IMPORTANTE: CON LA FINALIDAD DE DARLE RESPUESTA EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE, LE SUGERIMOS LEER CUIDADOSAMENTE ESTE DOCUMENTO.

**INSTRUCCIONES PARA SU LLENADO:**

EL PRESENTE FORMATO DEBERA LLENARSE PARA CADA ASEGURADO AFECTADO Y POR CADA PADECIMIENTO, ANEXANDO LOS COMPROBANTES CORRESPONDIENTES PARA CADA UNO.

**I. DATOS DEL CONTRATANTE** (para ser llenado por el solicitante)

**No. DE POLIZA:** ANOTAR EL NUMERO DE POLIZA.

**NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE:** ANOTAR EL NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE DE LA POLIZA.

**II. DATOS DEL ASEGURADO** (para ser llenado por el solicitante)

**NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR:** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO TITULAR.

**NUMERO DE CERTIFICADO:** ANOTAR EL NUMERO DE CERTIFICADO DEL ASEGURADO TITULAR.

**DIRECCION Y TELEFONO:** ANOTAR DIRECCION Y TELEFONO DEL ASEGURADO TITULAR.

**III. DATOS DEL TRAMITANTE** (para ser llenado por el solicitante)

**NOMBRE DEL TRAMITANTE Y TELEFONO:** ANOTAR NOMBRE Y TELEFONO DE LA PERSONA QUE REALIZA SU TRAMITE (ASEGURADO, AGENTE, OFICINA, ETC.).

**IV. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN** (para ser llenado por el solicitante)

**NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO:** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA ENFERMA O AFECTADA.

**LUGAR DE ATENCION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE (ENTIDAD):** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA ENTIDAD EN QUE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO AFECTADO.

**TIPO DE RECLAMACION:** MARCAR CON UNA "X" SI ES PRIMERA RECLAMACION O EL NUMERO DE FOLIO EN EL CASO DE SER UN COMPLEMENTO DE RECLAMACION.

**TIPO DE EVENTO:** MARCAR CON UNA "X" EL EVENTO CORRESPONDIENTE.

**V. INFORMACIÓN PARA EL PAGO** (para ser llenado por el solicitante)

**DESGLOSE DE DOCUMENTOS:**

**A Y B :** MARCAR CON UNA "X", SEGUN CORRESPONDA.

**C, D, E Y F :** ANOTAR EL NUMERO DE FACTURA / RECIBO Y LA CANTIDAD QUE AMPARA, EJEMPLO:

No.	CANTIDAD
00234	\$5,300.00

**G:** INDICAR CON (X) TODOS LOS ESTUDIOS QUE SE ANEXAN.

**H, OTROS:** EN ESTE APARTADO PODRA ANOTAR DOCUMENTACION ADICIONAL COMO LOS INFORMES MEDICOS, CARTAS, COPIAS DE EXPEDIENTES, ANOTAR FACTURAS / RECIBOS EN CASO DE AGOTAR LOS CAMPOS ARRIBA DISPONIBLES, ETC.

**I:** ANOTAR LA SUMA TOTAL DE LA CANTIDAD RECLAMADA.

**TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA:** MARCAR LA OPCIÓN INDICADA SI REQUIERE QUE EL PAGO SE REALICE MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A ALGUNA CUENTA BANCARIA. EN CASO DE MARCAR LA OPCIÓN **SI**, DEBERÁ REQUISITAR EL FORMATO DE INSTRUCCIÓN DE PAGO FINIQUITO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA.

**II. PARA SER LLENADO EN COORDINACION CON EL PERSONAL DE RECEPCION.**

EL PERSONAL DE RECEPCION DE METLIFE MÉXICO, S.A. LE APOYARAN EN EL LLENADO DE ESTA SECCION, CON EL OBJETO DE OPTIMIZAR SU TRAMITE Y EVITARLE TRAMITES REPETIDOS Y TARDADOS.

**DOCUMENTACION QUE DEBE PRESENTAR CADA ASEGURADO:**

- \* LOS FORMATOS DE INFORME MÉDICO, AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD E INSTRUCCIÓN DE PAGO FINIQUITO, ASI COMO EL PRESENTE Y OTROS FORMATOS DE TRAMITE, DEBERAN ESTAR COMPLETOS Y DEBIDAMENTE REQUISITADOS.
- \* INFORME POR CADA MEDICO TRATANTE, EXCEPTO EN LOS CASOS DE AYUDANTES DE CIRUJANOS Y ANESTESIOLOGOS.
- \* DOCUMENTOS ORIGINALES Y CON REQUISITOS FISCALES VIGENTES PARA SU TIPO CON EL DESGLOSE DE CARGOS CORRESPONDIENTES.
- \* EN CASO DE FACTURAS DE FARMACIA, DEBERAN ACOMPAÑARSE POR LA RECETA MEDICA CORRESPONDIENTE.
- \* EN CASO DE FACTURA DE ESTUDIOS (R.X., LABORATORIO, TOMOGRAFÍAS, ETC.) DEBERAN ACOMPAÑARSE DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES.
- \* EN CASO DE HOSPITALIZACION, ANEXAR LA COPIA DE LA HISTORIA CLINICA COMPLETA REALIZADA EN EL HOSPITAL.

**IMPORTANTE:**

VERIFIQUE QUE LA INFORMACION REQUERIDA ESTE COMPLETA, EN CASO CONTRARIO NOS VEREMOS EN LA NECESIDAD DE SOLICITARLA POSTERIORMENTE.

EN ESTA OCASION, SU TRAMITE ES POR VIA REEMBOLSO, EL CUAL PODRIA EVITARSE, CON EL SIMPLE HECHO DE UTILIZAR NUESTRA RED DE PROVEEDORES EN CONVENIO (EN CASO DE QUE EL EVENTO SEA AMPARADO POR SU POLIZA), OBTENIENDO ASI EL PAGO DIRECTO A NUESTROS PROVEEDORES POR MEDIO DE METLIFE MÉXICO, S.A. GOZANDO ADEMÁS, DE BENEFICIOS ADICIONALES COMO:

- \* REDUCCION O ELIMINACION DEL DEDUCIBLE O COASEGURO, DEPENDIENDO DE LA POLIZA CONTRATADA.
- \* EVITAR DESEMBOLSOS EN EL PAGO DE SU ATENCION.
- \* EN CASO DE GASTOS MEDICOS MENORES O EVENTOS NO AMPARADOS POR SU POLIZA, PODER GOZAR DE DESCUENTOS ADICIONALES.
- \* NUESTRO MAYOR DESEO ES PONER A SU ALCANCE NUESTROS SERVICIOS PARA SU MEJOR ATENCION Y DE SUS FAMILIARES.

**ANTE CUALQUIER DUDA O ACLARACION, PONEMOS A SUS ORDENES LOS SIGUIENTES TELEFONOS:**

Oficina Matriz, México, D.F.  
Centro de Información y Control  
LADA 800

Tel: 5328-7000  
Tel. 5328-7222  
Tel. 01-800-019-3300