

## DATOS GENERALES – DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

ASEGURADO TITULAR			
ASEGURADO AFECTADO			
MÉDICO TRATANTE			
PÓLIZA		TELÉFONO DE CONTACTO	
SINIESTRO		FECHA DE SOLICITUD	
DIRECCIÓN DE ENTREGA			

## MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN			POSOLOGÍA		
	GRAMAJE (mg. / gr.)	CAJAS / FRASCOS	CANTIDAD	NO. TABLETAS	DOSIS (HORARIO)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

## EQUIPO ESPECIAL

EQUIPO	TIEMPO DE USO

## TÉRMINOS Y CONDICIONES

DEBERÁ EXISTIR UN SINIESTRO ABIERTO CON UN DIAGNÓSTICO MÉDICAMENTE ESTABLECIDO, ASÍ COMO EL PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL ASEGURADO. LA AUTORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ESTÁ SUJETA A PREVIA DICTAMINACIÓN DE PREVEM SEGUROS Y A LA DISPONIBILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS POR PARTE DE NUESTRO PROVEEDOR.

## REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y/O EQUIPO VÍA PAGO DIRECTO

- 1.- SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y/O EQUIPO COMPLETAMENTE REQUISITADA Y FIRMADA POR ASEGURADO TITULAR Y/O AFECTADO.
- 2.- FINIQUITO ANTERIOR FIRMADO.
- 3.- 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 (NUMERO DE TABLETAS, HORARIO Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO).
- 4.- PARA EL CASO DE EQUIPO ESPECIAL, REQUISICIÓN (RECETA) DEL MEDICO TRATANTE INDICANDO EL EQUIPO A UTILIZAR, ASÍ COMO EL TIEMPO DE USO DEL MISMO.
- 5.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (PARA MENORES DE EDAD, COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO O CREDENCIAL ESCOLAR).
- 6.- COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO.

## IMPORTANTE

ESTA SOLICITUD DEBE SER INGRESADA A TRAVÉS DE LAS OFICINAS DE PREVEM SEGUROS, CON UN MÍNIMO DE 5 DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO, EN EL CASO DE MEDICAMENTOS DE CONSUMO PERIÓDICO O AL TÉRMINO DE LA DOTACIÓN DEL MEDICAMENTO ANTERIORMENTE ENTREGADO. EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO SE COMPROMETE A CUBRIR EL COASEGURO CORRESPONDIENTE, EL CUAL SERÁ INDICADO EN LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTO O EQUIPO, SIENDO DE SU CONOCIMIENTO QUE NO PODRÁ EXISTIR CANCELACIÓN, CAMBIO O DEVOLUCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS.

NOTA: EL MEDICAMENTO O EQUIPO SERA SURTIDO DESPUES DE LA CONFIRMACIÓN DEL DEPOSITO O TRANSFERENCIA DEL COASEGURO DEL ASEGURADO AL PROVEEDOR.

ACEPTO TÉRMINOS Y CONDICIONES

PREVEM SEGUROS S.A. DE C.V.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE

SELLO Y FIRMA DE MESA DE CONTROL