

# Solicitud de Medicamentos y Equipo Especial por Pago Directo

DMD-SOLMEE-191209-V01

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 tres 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).

Fecha:  DÍA  MES  AÑO

Datos del Asegurado afectado. Todos los datos son obligatorios

Nombre:	<input type="text"/> Nombre (s)	<input type="text"/> Apellido Paterno	<input type="text"/> Apellido Materno
Póliza:	<input type="text"/>	Número de Siniestro:	<input type="text"/>
		Correo electrónico:	<input type="text"/>
Teléfono particular:	<input type="text"/>	Teléfono de oficina:	<input type="text"/>
		Ext.	<input type="text"/>
		Teléfono celular:	<input type="text"/>
Identificación oficial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Informe Médico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		Receta Médica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Nombre del medicamento	Presentación y gramaje	Presentación a surtir caja/frasco	Dosis en la que se debe de administrar el medicamento
Características del equipo especial			Temporalidad

El medicamento y/o equipo especial deberá entregarse en:

Calle:	<input type="text"/>	No. Exterior	<input type="text"/>	No. Interior	<input type="text"/>	Colonia:	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Delegación o Municipio:	<input type="text"/>				Ciudad o Población:	<input type="text"/>			
Teléfono particular:	<input type="text"/>	Teléfono de oficina:	<input type="text"/>	Ext.	<input type="text"/>	Teléfono celular:	<input type="text"/>		
Referencias particulares del domicilio:	<input type="text"/>					Horario de entrega:	<input type="text"/>		

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 S.A de C.V, Compañía de Seguros , con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, delegación Tlalpan, C.P 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para: La evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: [planseguro.com.mx](http://planseguro.com.mx) y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial

Nombre y firma del Titular y/o Asegurado afectado

Nombre y firma del Solicitante y/o Asegurado afectado