

	Reembolso		Programación tratamiento quirúrgico		Programación tratamiento no quirúrgico (quimioterapias, hemodiálisis, rehabilitaciones)		Programación de medicamentos		Programación de estudios (excepto laboratorios y preoperatorios)	
Documentación necesaria:	Inicial	Complemento	Inicial	Complemento	Inicial	Complemento	Inicial	Complemento	Inicial	Complemento
Identificación original vigente Del asegurado afectado y del beneficiario de pago	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Informe médico Reclamación inicial: Formato debidamente requisitado y firmado por cada uno de los médicos tratantes donde se indique si es médico en convenio o aceptará nuestro tabulador de honorarios de pago directo, además de detallar procedimiento a realizar, tratamiento indicado y días de atención.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reclamación de complementos: El formato se solicita cuando son tratamientos prolongados como quimioterapias, radioterapias, hemodiálisis y administración de medicamentos, etc., con actualización cada seis meses. En programación de tratamientos quirúrgicos, se solicitará en cada evento.										
Aviso de accidente o enfermedad Formato debidamente requisitado y firmado por el asegurado afectado o contratante en caso de que el asegurado sea menor de edad.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Estudios de laboratorio o gabinete Interpretación de los resultados de estudios que sustenten el diagnóstico médico. En complementos se solicitará cuando se haya realizado un nuevo estudio y no fue presentado en la reclamación previa.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Comprobantes de pago Las facturas o recibos sin excepción deberán ser emitidos a nombre del asegurado afectado mayor de edad, contratante o titular de la póliza, deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes y que, en el concepto de cobro se describa los días de atención o tipo de servicio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
Recetas médicas Los medicamentos deberán ser prescritos por el médico tratante donde se indique el nombre de paciente, duración del tratamiento, dosis exacta y gramaje. En complementos deberá actualizarse cada seis meses.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Orden de estudios La indicación de los estudios a realizar por el médico tratante podrán ser mencionados en el informe médico o receta y deben estar estrictamente relacionados con el padecimiento a reclamar.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Estado de cuenta hospitalario Debe contener el desglose de montos y conceptos por los días de estancia hospitalaria o servicios.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
Comprobante de domicilio Con una vigencia no mayor a tres meses de antigüedad	<input checked="" type="checkbox"/>									
Formato conoce a tu cliente Debidamente requisitado, debe corresponder al beneficiario del pago que puede ser persona física o moral. Si el beneficiario del pago es el contratante de la póliza, no se requiere este formato. En caso de ser complemento, sólo se requiere si el beneficiario del pago se modifica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
Formato Solicitud de Pago- Finiquito por transferencia bancaria Deberá presentarse en cada trámite y contener la fecha de la solicitud actual.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
Formato solicitud de Desglose de Gastos Relacionar las facturas y recibos con número de folio fiscal y montos reclamados. En trámites complementarios se debe indicar el número de siniestro.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
Estado de cuenta bancario Copia del estado de cuenta no mayor a tres meses de antigüedad donde se visualice la clabe interbancaria, nombre del banco y del beneficiario del pago conforme se indica en el apartado de comprobantes de pago .	<input checked="" type="checkbox"/>									
Bitácora de servicios Presentar bitácora cuando el tratamiento se prescribe en diferentes sesiones, deberá indicar nombre del paciente, fecha y firma por sesión.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
Coberturas indemnizatorias Presentar carta de reclamación emitida por el contratante, titular o asegurado mayor de edad en hoja simple con nombre, firma, fecha y las coberturas: Ayuda de maternidad en póliza Individual, Gastos funerarios, Ayuda diaria por hospitalización, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								

Consideraciones

En caso de que cuentes con tu usuario de Enlace Bx+, deberás generar tus trámites en la sección Programación Cuidados de Salud siguiendo las indicaciones que encontrarás en la Guía Rápida de este proceso; de lo contrario, envía la solicitud de programación al correo:

programaciones@segurosvepormas.com

Los correos recibidos después de las 18:00 horas se procesarán con fecha del siguiente día hábil

Para reembolsos, es necesario que subas tus solicitudes en la plataforma PERSIN

Seguros Bx+ podrá solicitar información adicional en los siguientes casos:

- A) Cuando el médico tratante modifique el esquema de tratamiento, podrá solicitarse receta médica y/o informe médico con la justificación del mismo
- B) Resumen médico de evolución del padecimiento y/o historia clínica en forma semestral
- C) En procedimientos que impliquen el uso de materiales especializados, por ejemplo: cardiovasculares, renales, ortopédicos y otros
- D) Cuando se solicite programación de medicamento, es necesario proporcionar dirección de entrega y dos teléfonos de contacto en el correo de solicitud
- E) Información complementaria una vez realizado el dictamen médico y administrativo

Será indispensable presentar los formatos de aviso de accidente o enfermedad e informe médico de Seguros Ve por Más, mismos que puede descargar en nuestra página:
<https://www.vepormas.com/fwpt/portal/documents/seguros-siniestros>

Cumplir con la documentación indicada permitirá a Seguros Bx+ dar una respuesta oportuna a su reclamación.

Horario de atención: L a V de 9:00 am a 14:00 horas, en Paseo de la Reforma 243, Piso 16., Col. Cuauhtémoc, CD. de México.
Teléfono: 800 830 36 76

Da pasos Seguros, Ve por Más