

Solicitud de programación de servicios médicos

Instrucciones

- 1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
- 2. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
- 3. Debe ser firmado por el asegurado afectado y/o titular de la póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad. A partir de la sección "Información médica" debe llenar el médico tratante.
- 4. La recepción de este formato no obliga a AXA Seguros a admitir la procedencia de la reclamación, ésta será evaluada conforme al contrato de seguro.
- **5.** Para programación de medicamentos debe entregarse cada 6 meses.

Información g	general de l	a póliza								
No. de póliza		Individual Colectivo No. de certificado			Tipo de reclamación Inicial (Cuando es la primera vez que se presentan gastos por este evento) Complementario (Cuando ya se han presentado gastos por este evento) No. de siniestro					
Tipo de progr	ramación									
Cirugía Biopsia Quimioterapia Radioterapia Estudios de gabinete Análisis de laboratorio Estudios de alta especialidad Equipo especial Hemodiálisis Medicamentos Maternidad Otro Describir										
Información general del asegurado y/o contratante										
Datos del ase	egurado afe	ctado								
Apellido paterno	0		Apellido mat	terno	Nombre(s)					
Edad	Sexo	Masculino Femenino	Fecha de nacimiento	Día Mes	Año	R.F.C.		1 1 1	1 1 1	
Correo electrónico del asegurado afectado o titular Teléfono (con clave de ciudad) O1										
Nota: es import	tante que nos	proporcione I	os datos del			der informarle	del e	estatus y seguim	ento a su sinies	tro.
En caso de g	ue los dato	s del conta	cto sean di	ferentes al as	segurado a	fectado				
En caso de que los datos del contacto sean diferentes al asegurado afectado Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s), en el orden que se muestra en la carátula de póliza o credencial del asegurado)										
Correo electrónico Teléfono (con clave de ciudad) Tel. celular (con clave de ciudad)										
				01				044		
Especifique cuál es la relación con el asegurado afectado Asegurado titular Agente Tercero (familiar, otro)										
Datos del co	ntratante									
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) / razón social										
			Informa	ción médica	(llenar por	el médico t	ratar	nte)		
Tipo de pade	cimiento									
Congénito		Adquirido		Agudo	Crón	ico				
Descripción o	del diagnós	tico								
Diagnóstico(s), indicando la zona afectada y si es unilateral o bilateral										
Causa o etiología del padecimiento. En caso de accidente, describa cuándo y cómo ocurrió y el mecanismo de lesión										



Solicitud de programación de servicios médicos

Fecha de los primeros síntomas	Fecha d	e diagnóstico		Fecha de inicio del tratamiento					
				recha de micio dei tratamiento					
Estudios de laboratorio y gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico									
Tiene relación con otro padecimiento Sí No Scuál?									
Tratamiento médico y/o quirúrgico a realizar									
Estudios realizados que respaldan el procedimiento									
Fecha de programación del evento Horario de ingreso del paciente Matutino Vespertino									
Maternidad									
Antecedentes ginecoobstétricos (número de partos, cesáreas, etc.):									
Programación de procedimie	entos guirúrgicos	s, tratamientos o e	studios						
Sitio en el cual se realizará el prod		,							
☐ Consultorio ☐ Hospi	tal Ga	binete Otro	Especifique:						
En caso de haber seleccionado hospital Indique el nombre del hospital									
Noches de estancia hospitalaria contempladas Ninguna de 1 a 2 de 2 a 3 Más de 3									
Programación de medicame	ntos								
Nombre del medicamento	Cantidad	Dosis	Duración	Especifique la	enfermedad o diagnóstico que corresponde				
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

Programación de tratamiento									
Especificar tratamiento		D	ías	s No. de sesiones					
Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia									
Medicamento	No. de sesio	ones	Dosis		Intervalo				
Programación de sesiones de re	ehabilitación fís	ica							
Días No. de sesiones									
Se requiere servicio de enfermería									
Días requeridos	Días requeridos M			Nocturn	o 24 horas				
	In	nformación del M	édico y/o proveedor						
Datos del médico tratante									
Nombre (apellido paterno, apellido ma	terno, nombre(s))				Médico en convenio Sí No No				
Cédula profesional		Especialidad			Cédula de especialidad				
R.F.C.		Teléfono		Teléfono d	ono celular				
Correo electrónico		01		044	144				
CONTECT ELECTROPHICO									
Nota: como médico tratante y de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, he obtenido del paciente su autorización para transferir sus datos médicos, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores a AXA Seguros, S.A. de C.V. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables, en el caso de los menores o discapacitados, como del expediente clínico que obra en mi poder y cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario exentará de toda responsabilidad a la aseguradora.									
Datos personales									
Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. Firma									
Transferencia de datos a terceros									
Para ser llenado por el asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad									
¿Autoriza que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirlo en alguno de los programas que incluye su póliza de gastos médicos mayores, con la finalidad de ofrecerle los servicios de asistencia que le permitan dar seguimiento específico a su padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se le ofrezcan alternativas para el tratamientos de su enfermedad; esté facultada para transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio?									
Sí acepto Fecha y firma del asegurado No acepto Fecha y firma del asegurado									
Firma del médico tratante	· ·	gurado afectado ntante legal	Firma del asegura y/o contrata		Lugar y fecha				

Documentación a anexar a esta solicitud:

- Copia de recetas médicas señalando nombre del asegurado afectado, fecha de elaboración, nombre del medicamento (presentación, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento).
- $\boldsymbol{\cdot}$ Copia de resultados de estudios que confirman el diagnóstico y/o respaldan el tratamiento indicado.

Llámanos sin costo **01 800 911 9999**

axa.mx

