

Favor de sólo llenar los campos en blanco, las áreas sombreadas serán para uso exclusivo de Mercer Marsh Beneficios

Empresa: HCL Technologies Fecha: 14/05/2018

Aseguradora: MetLife México, S.A No. de Póliza: 02001 M0035463

Titular: Castellanos Guzman Olegario Certificado: 0000051648739

Paterno Materno Nombre(s)

Afectado: Castellanos Guzman Olegario Parentesco: Mismo

Paterno Materno Nombre(s)

CURP (Afectado): CXGO890317H0CSZL05 Padecimiento: IVPH

Tipo de Siniestro: Inicial Complemento Número de siniestro _____

Seleccionar el tipo de trámite

- Reembolso (Documento a presentar: del 1 al 5)
- Solicitud de anticipo (Documento a presentar: 1,2,4,5 y 6)
- Comprobación de anticipo (Documento a presentar: 3)
- Carta pase (Documento a presentar: 1,2,4,5)
- Valoración (Documento a presentar: 1,2,4,5)
- Información adicional

Fecha de intervención: 11/05/2018

Hospital: CLINICA DE COLPOSCOPIA Y LASER

Documentación anexa

	Original	Copia	No. Factura	Importe	Original	Fact. Electr.
<input type="checkbox"/> Informe médico (requisitado y firmado)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	26,512.14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			405211907	1,074.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			97	2,800	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aviso de accidente o enfermedad (requisitado y firmado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Facturas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No. de Facturas	<u>3</u>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total de Gastos anexos	<u>3</u>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Historia clínica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estudios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes de Gabinete			No. de placas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes de Laboratorio			No. de hojas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Presupuesto de cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique:					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

Olegario Castellanos Guzman 
Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás disposiciones que deriven de ésta (en lo sucesivo, la "LFPDPPP"), MARSH con domicilio ubicado en Avenida Paseo de la Reforma No. 505, Pisos 10 y 13, Colonia y Delegación Cuauhtémoc, México, Distrito Federal, C.P. 06500, es responsable del tratamiento de sus datos personales: de identificación, patrimoniales, financieros, laborales, académicos, migratorios y sensibles (características físicas, afiliación sindical, origen racial o étnico, historial clínico, tipo de sangre, estado de salud presente y futuro, información genética, información médica, creencias religiosas, creencias filosóficas, creencias morales y/o preferencia sexual), según sea el caso.

Para las finalidades señaladas en el presente Aviso, MARSH puede recabar sus datos personales de distintas formas: cuando usted nos los proporciona personalmente; cuando nos los entrega a través de medios electrónicos, ópticos, sonoros o de cualquier otra tecnología como correo postal, internet o vía telefónica, cuando los obtenemos a través de un tercero por una transferencia consentida (empleadores, Instituciones de Seguros y de Fianzas, Instituciones Financieras, proveedores de servicios y profesionales médicos); o a través de una fuente de acceso público.

Por tanto, los datos recibidos se tratarán de acuerdo con las siguientes finalidades:

A. Finalidades Primarias aplicables a los supuestos que continuación se señalan: (para lo cual atentamente le pedimos marque con una "x" la casilla que corresponda al caso en el que se ubique)

1 Clientes Potenciales o Clientes (incluyendo, en caso de ser aplicable, a sus empleados y/o derechohabientes):

Se utilizarán, según sea el caso, para evaluar y atender su solicitud de información, comercialización de productos y/o prestación de servicios de consultoría, cotización, negociación, intermediación, colocación y/o renovación de pólizas de seguros y de fianzas con Aseguradoras, Alianzadoras, Administradoras de Siniestros o Proveedores de Servicios, para el análisis, priorización y gestión de riesgos, para la identificación de soluciones potenciales, para la identificación de riesgos ocultos o no previstos, para brindar asesoría en la determinación de valores asegurables y sus necesidades de protección, para la evaluación de pérdidas potenciales, para la asesoría, gestión y trámite de siniestros, para asistencia y manejo de reclamaciones, para el apoyo tecnológico y de comunicación a través de sistemas, diseño, mantenimiento, auditorías y actualización de programas de seguros y de fianzas, para la administración de programas de beneficios para empleados, para el análisis de datos de encuestas y sus resultados; para brindar consultoría en recursos humanos, servicios empresariales y planes de pensiones; para servicios asistenciales en el servicio preventivo de seguridad y salud en el trabajo con el objeto de mitigar riesgos, para programas de promoción y prevención de salud; para estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud; así como para el cobro y la facturación por nuestros servicios y/o productos, incluyendo cargos en linea y para evaluar la calidad de los mismos.

2 Proveedores:

Se utilizarán para el proceso de evaluación y en su caso de contratación y para la facturación y acreditamiento de pagos por el suministro de productos y/o servicios.

3 Candidatos a vacantes y Empleados:

Se utilizarán para el proceso de selección, análisis, reclutamiento y verificación de referencias, bolsa de trabajo, capacitación y desarrollo de habilidades, contratación y para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación laboral, que en su caso se llegue a establecer.

4 Visitantes que ingresan a las instalaciones, oficinas o representaciones de MARSH:

Se utilizarán para los fines vinculados con el acceso, control, video vigilancia/grabación, para garantizar la seguridad e integridad de las instalaciones, personal, herramientas y equipo de MARSH.

De acuerdo con lo establecido en la LFPDPPP, MARSH requiere de su consentimiento expreso para el tratamiento de los datos personales, incluyendo los sensibles, para las finalidades primarias a las que se hace mención en el presente Aviso. En caso de que usted no otorgue su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos, podríamos vernos imposibilitados para brindarle nuestros servicios y/o productos detallados en las finalidades primarias, o bien, para ofrecerle empleo (únicamente en caso de candidatos a vacantes) o para otorgarle alguna prestación laboral, incluyendo algún tipo de seguro de gastos médicos, según sea el caso concreto. Por lo anterior, le solicitamos atentamente marcar si acepta o no lo especificado.

Consiento que mis datos personales, Incluyendo los sensibles y los financieros, sean tratados conforme a las finalidades primarias establecidas en el presente Aviso.

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS Olegario Castellanos Guzman

FECHA (dd/mm/aaaa): 14/05/2018

FIRMA:

B. Finalidades Secundarias

- Para fines de mercadotecnia, publicidad y/o prospección comercial con el fin de promocionar servicios fuera de los establecidos en las finalidades primarias, o para darle a conocer información y noticias relacionadas con la industria del sector asegurador y de fianzas que no estén relacionadas con lo señalado en las finalidades primarias que le sean aplicables.
- Con la finalidad de invitarlo a participar en promociones, concursos y/o actividades de salud que no formen parte de lo estipulado en las finalidades primarias que le sean aplicables.

Por lo anterior, le solicitamos atentamente marcar si acepta o no lo especificado:

Consiento que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades secundarias señaladas en el presente Aviso.

NO consiento que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades secundarias señaladas en el presente Aviso.

En caso de que el presente Aviso no le sea dado a conocer de manera directa, usted contará con un plazo de cinco días hábiles para que, de ser el caso, manifieste su negativa para el tratamiento de datos personales.

Los datos a que se refiere este Aviso, podrán ser transferidos conforme a lo que se señala a continuación:

1 En el caso de Clientes (incluyendo, en caso de ser aplicable, a sus empleados y/o derechohabientes) a:

- Compañías Aseguradoras, de Fianzas y/o Administradoras de Siniestros para el intercambio de ofertas y/o para la celebración, conservación, cancelación o modificación de contratos de seguros y/o de fianzas, así como para el trámite de pagos, siniestros y/o reclamaciones, según sea el caso.
- En el caso de empleados de Clientes de MARSH, incluyendo sus derechohabientes, podremos compartir sus datos con aquella compañía o persona para la que presta sus servicios y que previamente haya solicitado los servicios y/o productos de MARSH, como parte del paquete de prestaciones que el cliente ofrece. Lo anterior en el entendido que dichos datos serán transferidos únicamente para fines estadísticos y de análisis sobre la calidad de los servicios y/o productos ofrecidos por MARSH.
- Proveedores de Servicios contratados por MARSH para realizar servicios a su nombre. Lo anterior, en el entendido que dichos proveedores están obligados a nivel contractual a tratar los datos personales única y exclusivamente para dar cumplimiento a los servicios y/o productos descritos en las finalidades primarias y que expresamente hayan sido solicitados por el cliente.
- Sociedades relacionadas o subsidiarias de MARSH en México y en el extranjero para fines estadísticos y de análisis internos
- Autoridades financieras mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales
- Autoridades mexicanas y extranjeras de carácter civil, mercantil, penal, laboral, administrativa o fiscal, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios

2. En el caso de empleados a:

- Prestadores de servicios que auxilian a MARSH a dar cumplimiento con sus obligaciones en materia de previsión social y compensaciones
- Compañías Aseguradoras o Administradoras de Siniestros para el intercambio de ofertas y/o para la celebración, conservación, cancelación o modificación de contratos de seguros, así como para el trámite de pagos, siniestros y/o reclamaciones, según sea el caso
- Proveedores de servicios contratados por MARSH para realizar servicios a su nombre. Lo anterior, en el entendido que dichos proveedores están obligados a nivel contractual a tratar los datos personales única y exclusivamente para dar cumplimiento a los servicios y/o productos descritos en las finalidades primarias y que expresamente hayan sido solicitados por el cliente
- Sociedades relacionadas o subsidiarias de MARSH en México y en el extranjero para fines estadísticos y de análisis internos
- Autoridades financieras mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales
- Autoridades mexicanas y extranjeras de carácter civil, mercantil, penal, laboral, administrativa o fiscal, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios
- Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.

3 En el caso de proveedores y/o visitantes que ingresan a las instalaciones, oficinas o representaciones de MARSH, a:

- Sociedades relacionadas o subsidiarias de MARSH en México y en el extranjero para fines estadísticos y de análisis internos
- Autoridades financieras mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales
- Autoridades mexicanas y extranjeras de carácter civil, mercantil, penal, laboral, administrativa o fiscal, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios

MARSH requiere de su consentimiento expreso para proporcionar sus datos personales, incluyendo los sensibles, a los terceros señalados, según sea el caso, por lo de estar de acuerdo con la mencionada transferencia, le solicitamos que marque la casilla siguiente:

Consiento que mis datos personales, Incluyendo los sensibles, sean transferidos conforme a los términos y condiciones del presente Aviso.

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS Olegario Castellanos Guzman

FECHA (dd/mm/aaaa): 14/05/2018

FIRMA:

Usted podrá ejercer su derecho de revocación de consentimiento, así como sus derechos ARCO para el Acceso a sus datos personales que MARSH posee, para obtener detalles sobre el tratamiento de los mismos, para Rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos, para Cancelarlos cuando considere que resulten excesivos o innecesarios para los fines que justificaron su obtención y para Oponerse al tratamiento de los mismos para fines específicos. Para dichos efectos, usted deberá enviar una solicitud en términos de lo establecido por la LFPDPPP al siguiente correo electrónico MexicoMarsh.datospersonales@Marsh.com, a fin de que MARSH pueda procesar su petición. En todos los casos en los que su solicitud sea procedente en términos de lo señalado por la LFPDPPP, la entrega de los datos personales será gratuita y usted deberá cubrir únicamente los gastos justificados por el envío o por el costo de reproducción en copias u otros formatos que se generen. Asimismo, MARSH pone a su disposición formularios y guías para facilitar el envío de las solicitudes descritas, a través de la página web www.marsh.com.mx sección "Aviso de Privacidad".

Además del ejercicio de sus derechos de revocación o ARCO, usted podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales, mediante su inscripción en el Registro Público de Usuarios Personas Físicas (REUS), a cargo de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

MARSH en sus distintos sitios Web utiliza cookies para grabar la información de la sesión, tales como cotización o información específica sobre qué páginas visitó, pero dicha información es utilizada sobre una base anónima y agregada de tal manera que no podrá ser identificado en ella.

En los sitios de MARSH se puede emitir publicidad o la ejecución de funciones de terceros que envían cookies al equipo de cómputo de los usuarios. Mediante el uso de estas cookies no se identifica personalmente a los usuarios, únicamente a su equipo de computo

Como usuario, usted podrá cambiar sus opciones a través de su equipo de cómputo o navegador de Internet para dejar de aceptar cookies, o bien, confirmar si las permite o rechaza. Sin embargo, en caso de que desactive las cookies podría no tener acceso a algunas de las funciones personalizadas de nuestros Sitios Web.

MARSH se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente Aviso, con el fin de atender novedades legislativas, políticas internas, nuevos requerimientos para la prestación de nuestros productos y servicios y para prácticas del mercado. Estas modificaciones estarán disponibles al público a través de nuestra página de Internet www.marsh.com.mx, sección "Aviso de Privacidad", por lo que le recomendamos que la visite periódicamente.

Para cualquier asunto relacionado con el presente Aviso, puede contactar a nuestro Departamento de Privacidad al teléfono +52 (55) 5999 4400 extensión 4585, o bien, al correo electrónico MexicoMarsh.datospersonales@Marsh.com

Fecha de última actualización del presente Aviso de Privacidad: septiembre de 2014.

Solicitud de reclamación gastos médicos mayores

Lugar y fecha: Guadalupe, Jal. 14 Mayo 2018

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado, no se aceptarán cambios posteriores.

En este formato ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios.

1. Datos de quien contrató la póliza

Datos del tipo de póliza: Colectiva Individual

Nombre del Contratante o razón social HCI Technologies México

2. Datos del Asegurado titular

Castellanos Guzmán Olegario
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

CABX890317 FT8 02001M0035463
Registro Federal de Contribuyentes (RFC) Póliza

3. Datos del Asegurado afectado

Castellanos Guzmán Olegario
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

89 03 17 México Mexicano
Fecha de nacimiento Año Mes Día País de nacimiento Nacionalidad(es)

Ing. en Sistemas 0000051648739
Ocupación Número de certificado

Mismo
Parentesco con el Asegurado titular

4. Datos de contacto del Asegurado

valle del Maguey 1760 45138 Jardines del Valle
Calle / Avenida Exterior Interior Código postal Colonia / Barrio

Zapopan Jalisco México
Municipio / Delegación Ciudad / Población Estado / Provincia País

5527119309 Teléfono: _____
Celular:

Correo electrónico: Olegario.castellanos@gmail.com

5. Datos complementarios

¿Has tenido seguro de gastos médicos con otra compañía? Sí No

Compañía	Fecha inicio vigencia	Fecha fin vigencia
----------	-----------------------	--------------------

¿Actualmente tienes seguro de gastos médicos con otra compañía? Sí No

Compañía	Fecha inicio vigencia	Fecha fin vigencia
----------	-----------------------	--------------------

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento en MetLife? Sí No Número de siniestro _____

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento en otra compañía? Sí No Compañía _____

MetLife México, S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho número 32, piso SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Código postal 11000, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México, Teléfono: 5328 7000, Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) www.metlife.com.mx

6. Información sobre la reclamación

Nota: En caso de marcar reembolso y reclamación subsecuente favor de llenar a partir del punto 4 únicamente.

Tipo de reclamación:

Ingreso hospitalario Programación de cirugía Reembolso

Primera reclamación Reclamación subsecuente Número de siniestro _____ (Llenar en caso de reclamación subsecuente únicamente)

Menciona el motivo por el cual recibiste la atención médica: Accidente Enfermedad Embarazo

Fecha de inicio de síntomas: 4 | 05 | 2018 Fecha de primer atención: 04 | 05 | 2018
Día Mes Año Día Mes Año

¿Describa síntomas mostrados en caso de enfermedad o en caso de accidente cómo, cuándo y dónde ocurrió?:

ardor y comezón, cuando se presentaron los síntomas se acudió con el doctor para evaluación y diagnóstico.

¿Tomó conocimiento del accidente dejando evidencia, alguna autoridad competente? Sí Cita cuál _____ No

7. Información para el pago (llenar sólo en caso de solicitar reembolso)

Marca con una "x" los documentos que acompañan esta solicitud:

a) Informe médico b) Facturas y/o recibos de honorarios (detallar a continuación)

Ejemplo:

Concepto: Hospital (H)

Número Factura / Recibo	Importe	Concepto
12345	13500H	H

Honorarios médicos (M) Farmacias (F)

Número Factura / Recibo	Importe	Concepto
405211907	1,074	F
37	26,512.14	H
97	2800	M

Otros servicios (O)

Número Factura / Recibo	Importe	Concepto

Total reclamado \$ 30,386.14

c) Detalla estudios que presentas (campo obligatorio): Se proporciona estudio de Endoscopia realizada en el Centro Médico Puerta de Hierro, clínica de Colposcopía y laser Puerta de Hierro S.C.

Entrego la documentación antes relacionada para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será con base en las condiciones de la póliza del seguro.

8. Solicitud de pago

Solicito pago por: Transferencia electrónica

(indispensable llenar adicionalmente el punto 10)

Cheque

(indispensable señalar conducto de salida)

9. Instrucción de pago por transferencia electrónica

Nombre de la institución bancaria

Banamex

CLABE (1) Clave Bancaria Estandarizada 002180901854452313

(1) La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco, consta, de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias.

Importante: Es necesario que la cuenta clave arriba señalada aparezca el Asegurado titular como titular de la misma y firme en el de forma independiente (no mancomunado) excepto que las condiciones de contratación establezca un tratamiento distinto.

El Asegurado declara bajo protesta de decir la verdad, que el número de la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta compañía por los pagos / depósitos, que a favor de dichas cuentas esta efectúe.

10. Aviso importante para el(los) reclamante(s)

I. Conforme a los términos y condiciones del contrato de seguro celebrado y siempre que el siniestro que se reclama, se encuentre amparado por la misma, los honorarios de los médicos que pertenezcan al grupo médico asociado (red médica), serán cubiertos por MetLife con base a los montos previamente convenidos con la red médica en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

II. Conforme a los términos y condiciones del contrato de seguro celebrado y siempre que el siniestro que se reclama, se encuentre amparado por la misma, los honorarios de los médicos que no pertenezcan al grupo médico asociado (red médica), serán cubiertos por MetLife con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado, por lo que en caso de presentarse diferencias que excedan los montos establecidos, éstos no serán cubiertos.

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad. Así mismo, autorizo a MetLife México, S.A. para que comparta mis datos personales y mis datos personales sensibles de salud, tales como padecimientos, diagnósticos, estado de salud, carta pase, suma remanente y los que se deriven de mi(s) siniestro(s) y/o de mis beneficiarios, con el Contratante de mi póliza y/o broker o agente y/o cualquier tercero relacionado o participante en la atención u operación del seguro respectivo, a efecto de que dicha información sea utilizada en mi beneficio o el de mis citados beneficiarios y particularmente, de manera enunciativa, con las siguientes finalidades: seguimiento y revisión a mis trámites o reclamaciones, incluyendo finiquitos, cartas de programación de cirugías, reembolsos y reportes hospitalarios; auditorías vinculadas a reclamaciones de mis siniestros para garantizar que éstas cumplan los requisitos conforme a las coberturas contratadas; análisis de tendencias y posibles desviaciones en la siniestralidad; e identificación de casos de alto impacto en la siniestralidad de la colectividad o agotamiento de Suma Asegurada.

Olegario Castellanos Guzmán

Nombre y firma del Asegurado titular

11. Aviso de privacidad MetLife México, S.A.

I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho número 32, piso SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código postal 11000, Ciudad de México. **II. Finalidades.** Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para identificarte, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la Legislación aplicable en materia de seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas. **III. Medios para ejercer tus derechos.** Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros centros de servicios, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o enviando un correo a contacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. **IV. Limitar el uso o divulgación de tus datos.** Si deseas que tus datos no sean tratados con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx, inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla **V. Transferencia de datos.** Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de Autoridad; a prestadores de servicios de salud para tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, así como necesidades de cobertura e identificación y para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia tacha esta casilla **VI. Cambios al aviso de privacidad.** Los cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

La cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0069-2016 de fecha 02 de junio de 2016.

Check list

Para realizar los siguientes trámites puedes acudir a uno de nuestros centros de servicios o módulos hospitalarios, ingresa www.metlife.com.mx para localizar el más cercano.

Documentación requerida para reembolso de seguro de gastos médicos mayores:

- Solicitud de reclamación de gastos médicos mayores en original, debidamente llenada y firmada por el Asegurado titular.
La puedes obtener en nuestros puntos de contacto o en nuestra página de internet en el apartado de soy cliente > trámites y servicios > reembolso en línea.
- Informe médico en original, debidamente llenado y firmado por cada médico tratante.
- Original y copia de la identificación oficial vigente del titular y paciente (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, FM2, FM3 o credencial de inmigrado).
- Facturas originales emitidas a nombre del titular de la póliza de:
- Recibos hospitalarios
- Comandas desglosando los conceptos que se están cobrando
- Farmacias y prestadores de servicios médicos
- Copia de receta médica desglosada (solo para medicamentos)
- Honorarios médicos con requisitos fiscales¹.
- Copia legible de la interpretación de estudios de laboratorio, gabinete y reporte histopatológico².
- Original y copia de comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses (agua, luz, teléfono convencional, gas natural, estado de cuenta bancario, predial).
- Si deseas que tu pago sea por transferencia electrónica debes llenar el apartado 8 y 9 de la solicitud, y presentar un estado de cuenta con vigencia no mayor a 3 meses.

Documentación requerida para programación de cirugía de seguro de gastos médicos mayores:

- Solicitud de reclamación de gastos médicos mayores en original, debidamente llenada y firmada por el Asegurado titular.
La puedes obtener en nuestros puntos de contacto o en nuestra página de internet en el apartado de soy cliente > trámites y servicios > programar cirugía.
- Informe médico en original, debidamente llenado y firmado por cada médico tratante indicando lugar y fecha de la cirugía.
- Original y copia de la identificación oficial vigente del titular y paciente (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, FM2, FM3 o credencial de inmigrado).
- Copia legible de la interpretación de estudios de laboratorio, gabinete y reporte histopatológico².
- Original y copia de comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses (agua, luz, teléfono convencional, gas natural, estado de cuenta bancario, predial).

¹ Deberán contener las características de un comprobante fiscal digital (CFDI) emitido.

² Todos aquellos casos de cirugía en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano.

Es indispensable presentar la documentación completa para dar inicio a su trámite.



Farm/ Ahorro

Te queremos... bien.

COMERCIALIZADORA FARMACEUTICA DE CHIAPAS, S.A. PI DE C.V.

R.F.C: CFC110121742

TLAXCALA 151 PISO 4, OFNA. 407 COL. HIPODROMO ,CUAUHTEMOC,C.P. 06100, CIUDAD DE MEXICO,MEXICO

NOMBRE	OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN
R.F.C.	CAGX890317FT8
USO CFDI	G03-Gastos en general
RESIDENCIA FISCAL	
NUM REG. ID. TRIB.	
DIRECCIÓN:	SUR 66 20 COL. SAN AGUSTIN ,ECATEPEC DE MORELOS,C.P. 55130,CIUDAD DE MEXICO,MEXICO
EXPEDIDO EN:	PATRIA 2088 COL. SANTA ISABEL ,ZAPOPAN,C.P. 45110,JALISCO,MEXICO
RÉGIMEN FISCAL:	601-General de Ley Personas Morales

FOLIO FISCAL:
DEE313F5-EA1C-4062-826C-5839ECF93552
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT:
0000100000405179095
FECHA Y HORA DE CERTIFICACION:
2018 DE MAY DE 11 20:03:04
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR:
0000100000405211907
LUGAR, FECHA Y HORA DE EMISION:
45110 A 2018 DE MAY DE 11 20:02:52
1/1

CANTIDAD UNIDAD	CLAVE PROD SERV	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	DESCUENTO
1.00 H87-Pieza	01010101-No existe en el catálogo	ADEKON ORAL 5X3ML AMP 0022 MP 0022	130.00	130.00	
1.00 H87-Pieza	51131500-Medicamentos antianémicos	Base: 130.00 Tipo Factor: Tasa Impuesto: 002-IVA Tasa o Cuota: 0.00% Importe: 0.00 FOLIVITAL 4 MG ORAL 90 TAB 3348	196.00	196.00	
1.00 H87-Pieza	51142000-Analgésicos no narcóticos/antipiréticos	Base: 196.00 Tipo Factor: Tasa Impuesto: 002-IVA Tasa o Cuota: 0.00% Importe: 0.00 TYLEX 750 MG ORAL 40 TAB 1035	264.00	264.00	
1.00 H87-Pieza	51101500-Antibióticos	Base: 264.00 Tipo Factor: Tasa Impuesto: 002-IVA Tasa o Cuota: 0.00% Importe: 0.00 OPTOCEF 500 MG ORAL 15 CAP 6203	293.00	293.00	
1.00 H87-Pieza	51212002-Extracto de centella asiática	Base: 293.00 Tipo Factor: Tasa Impuesto: 002-IVA Tasa o Cuota: 0.00% Importe: 0.00 MADECASSOL 10 G CUT PVO 6202	191.00	191.00	
		Base: 191.00 Tipo Factor: Tasa Impuesto: 002-IVA Tasa o Cuota: 0.00% Importe: 0.00			

RESUMEN FACTURACIÓN	TOTAL	IMPORTE TOTAL CON LETRA
SUBTOTAL IVA 0.000000%	1,074.00	UN MIL SETENTA Y CUATRO PESOS 00/100 MXN
DESCUENTO		
IVA 0.000000%	0.00	
TOTAL	1,074.00	

METODO DE PAGO: PUE-Pago en una sola exhibición

FORMA DE PAGO: 04-Tarjeta de crédito

TIPO DE CAMBIO: 1

SELLO DIGITAL DEL EMISOR:

UsSTTC5GqDO93njmPpbWOUbzJB8QwcEA57sjtLbh1vbBzN20mRzaAsc8hDh9wkvs+ZgdxKRbfZtoUn1XwLf3CR7l89cfAV46WzFavtSafNmhK63S/d6nID9CfafragX+4mCybx aXP1yS1YyEhy8lEXv0nGjKfBV/NSh1qxFl3p1O3eey/F3L3KKlkt4bz/dqpMp6g3OshgLdsJGsX2z9XgqbHvx9Je9G+mJbl/F0S6X5YSm5Bb75sNO/hnFcNtU7SIW/OzBSfukD WXJazeaKkTgHmjGKeJYYlgn/HGzneN8s1v2p+kOtcLhZygHjcCYE/cC7xQl4GVlaaNJA==

SELLO DIGITAL DEL SAT:

gAf+C9yH73mRKxS7IkHydiEyvOkgevQ/p9jIPUeKNQOOwS179LyajapLhaoQD7U4qkCovoHrRh3U307lQd775Kb36PvmlDLTkSMR2sNszn6c7k1CwHuiWxQtis34VhIQFa4tu6 b1Xf5s6WSQKD1ySgDlFqfUchH/u6+KUVClN5pp4cksL6l7Ql0NWIWavOwU6gnahz7zLhNGSwRAZl6ulFM3xP+jqHbg8vbAQKmF4NnZP0sIZzLQGcQQoLaoKQQ9d6Ccm8p F/+YfgEf5nfEljoLL8TaDwyw3CNgWizV8LimuA5+Lio/ek/K1XYjdNIK+NcQjKrXo3Ueev7D1HQ==

CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACION DIGITAL DEL SAT:

||1.1|DEE313F5-EA1C-4062-826C-5839ECF93552|2018-05-11T20:03:04|SST060807KU0|UsSTTC5GqDO93njmPpbWOUbzJB8QwcEA57sjtLbh1vbBzN20mRzaAsc8hDh9wkvs+ZgdxKRbfZtoUn1XwLf3CR7l89cfAV46WzFavtSafNmhK63S/d6nID9CfafragX+4mCybx aXP1yS1YyEhy8lEXv0nGjKfBV/NSh1qxFl3p1O3eey/F3L3KKlkt4bz/dqpMp6g3OshgLdsJGsX2z9XgqbHvx9Je9G+mJbl/F0S6X5YSm5Bb75sNO/hnFcNtU7SIW/OzBSfukD WXJazeaKkTgHmjGKeJYYlgn/HGzneN8s1v2p+kOtcLhZygHjcCYE/cC7xQl4GVlaaNJA==

RFC DEL PROVEEDOR CERT: SST060807KU0

MONEDA: MXN

VERSION: 3.3

TIPO DE COMPROBANTE: I

TIPO DE RELACION:

UUID RELACIONADO:



CLINICA DE COLPOSCOPIA Y LASER PUERTA DE HIERRO, S.C.

RFC: CCL110119NS8
General de Ley Personas Morales (601)

RECEPTOR:
OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN
RFC: CAGX890317FT8

INGRESO

FOLIO: 37

SERIE: A

FOLIO FISCAL (UUID): ff134db6-99f8-4615-ac7e-5792597df4b9

FECHA DE EMISIÓN: 2018-05-14T14:18:13

FECHA DE TIMBRADO: 2018-05-14T14:18:14

LUGAR DE EXPEDICIÓN: 45116

USO: Por definir (P01)

Cant.	Unidad	Concepto	Precio unitario	Importe
1	Unidad de	RENTA DE EQUIPOS E INSUMOS DE LASER CO2. PACIENTE: OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN No. de identificación: 04 Clave del producto o servicio: 85121700 Clave unidad: E48	\$ 22,855.29	\$ 22,855.29 - \$ 0.00
Traslados: IVA Tasa 16.00% Base: \$ 22,855.29 Importe: \$ 3,656.85				
Cantidad con letra: VEINTISEÍS MIL QUINIENTOS DOCE PESOS 14/100 M.N.				
Forma de pago: (99) Por definir			SUBTOTAL	\$ 22,855.29
Moneda: MXN (1)			- Descuento	\$ 0.00
PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (PUE)			IVA Tasa 16.00%	\$ 3,656.85
			TOTAL TRASLADOS	\$ 3,656.85
			TOTAL	\$ 26,512.14



SELLO DIGITAL DEL CFDI: cgUKIWP2U8LwtkYu4rlaZ4pNGo7E99RsBy938U0xlxFpX2Qa7MQLuu681HWm47WMSiB+S4Ce6LDhLa71DQRm3HatK2f6lhGBULLWxc4qbuDKOKgjySC90ljRdM68KSsQffmwCRChs+cNkDrJWOpFDkdX5kT6+w0423R0cYbFJ4majCG1Jk9PLvxUUDYrjeygJM1RlYTA/AcUyDEkNyZz5fPYTAldr7SAx30wJpgkH+J3j3zr07f3lcXISjL0gpHnR8pjwb+FYTb3f7s/DmFad7gL04+pUXNpcO9eQY2pVpl7D9lsSarLZhhtL+xqjW4mNMPmuBeWGY8A976Bw==

FOLIO FISCAL (UUID): ff134db6-99f8-4615-ac7e-5792597df4b9

SELLO DEL SAT: xl05an4VvorRabeSwLyZORxPi5D79hSic0HeA2GqAWOXKvoABn37L6RM8dJvelum1qQvQzHM4BbSYJQ3V85WW3RbAsHGKlzzdWNZko8loTKbzapctUmY5GsEkInBaByZk6LhnH8cqNhXlf28hq6eNFwCqdIEQBHMIEvw7ud0uUREURgj0esNSMh8R+A/DU9imNtyeWaBxqjP3wJzgUpzOGzvTZz/60AMN12oQA60QbgEuxP12Wlmg9spuTe3cBT56lz0S6GBjxcDN3q8TogKIAoUiEdFq7blhmKnPNorurAFRI8zrQmkkcwTokIPa0QMReq9OMJu5fMBbmQ==

CADENA ORIGINAL DEL ||1.1||ff134db6-99f8-4615-ac7e-5792597df4b9||2018-05-14T14:18:14||cgUKIWP2U8LwtkYu4rlaZ4pNGo7E99RsBy938U0xlxFpX2Qa7MQLuu681HWm47WMSiB+S4Ce6LDhLa71DQRm3HatK2f6lhGBULLWxc4qbuDKOKgjySC90ljRdM68KSsDEL SAT: QffmwCRChs+cNkDrJWOpFDkdX5kT6+w0423R0cYbFJ4majCG1Jk9PLvxUUDYrjeygJM1RlYTA/AcUyDEkNyZz5fPYTAldr7SAx30wJpgkH+J3j3zr07f3lcXISjL0gpHnR8pjwb+FYTb3f7s/DmFad7gL04+pUXNpcO9eQY2pVpl7D9lsSarLZhhtL+xjW4mNMPmuBeWGY8A976Bw==||0000100000408254801||

NO SERIE CSD DEL SAT: 0000100000408254801

NO SERIE CSD DEL EMISOR: 0000100000409123338

Esta es una representación impresa de un CFDI

Debo y pagaré a la orden de CLINICA DE COLPOSCOPIA Y LASER PUERTA DE HIERRO, S.C. la cantidad marcada como total de esta factura, valor de la mercancía y/o servicios descritos que he recibido a mi entera satisfacción. Este pagaré es mercantil y está regido por la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito en su Artículo 173 parte final y Artículos correlativos por no ser pagare domiciliario.

Firma



INGRESO

SANTIAGO RAFAEL GARCIA OTERO

RFC: GAOS6005187T5

Personas Físicas con Actividades Empresariales y Profesionales

(612)

RECEPTOR:

OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN

RFC: CAGX890317FT8

FOLIO: 97

SERIE: A

FOLIO FISCAL (UUID): 6571cb99-a324-4023-9cc8-13e42be5bb55

FECHA DE EMISIÓN: 2018-05-14T14:16:17

FECHA DE TIMBRADO: 2018-05-14T14:16:17

LUGAR DE EXPEDICIÓN: 45070

USO: Honorarios médicos, dentales y gastos hospitalarios. (D01)

Cant.	Unidad	Concepto	Precio unitario	Importe
1	Unidad de	HONORARIOS MEDICOS DE CIRUJANO (DE LA APLICACION DE LASER CO2). PACIENTE: OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN No. de identificación: 03 Clave del producto o servicio: 85101501 Clave unidad: E48	\$ 2,800.00	\$ 2,800.00 -\$ 0.00
Traslados: IVA Exento Base: \$ 2,800.00				
Cantidad con letra: DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N.			SUBTOTAL	\$ 2,800.00
Forma de pago: (99) Por definir			- Descuento	\$ 0.00
Moneda: MXN (1)			TOTAL	\$ 2,800.00

PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (PUE)



SELLO DIGITAL DEL CFDI: nA3P89zAkxTEMEIWLRDbmo22QmzygwLF6bwct1SxPs70lt0YYRFHqJ4tdmVx040nla/gVOlTR8ZhuOqHkr7dOVD55B
XpYtihBh0ql6YK+UMF0EN5m36c1GIYXUbzE/Ymeim8VRJ9WKUlj1oE9ogJpzaF2JvIpooHlmDB4/TVKDEED8wy1
57Bj75loAycU91vE52fjbZul1eFBIr5Np0YUseBlAx8cuuhVkyB4udKmpwhffgWw8m5giRV+MmdZtveloFaoruefke
Zu15qj8oroD+zDyynxyz8jlk6VxCYIQ+egHkzJAYGxD3bd600yxopsrJ9wpWA==

FOLIO FISCAL (UUID): 6571cb99-a324-4023-9cc8-13e42be5bb55

SELLO DEL SAT: njstEqlLCQQFwrPQGmu/w6vrXjs3ADRksP+z2xln4YqSPUP1JzY3CM2zM2MZxxj9rZ3qZ4xczrmD4AL8HJcvd4a8oN
NemYxx4RE8/cDaYwpmnm6T3Nghh8k4Pc5Zew/R/hmLzDbmfIH5p6rU1lAAemfF96xJaaUGNybvls2bzytRDRHgNXYs0f
+41VnZITPMazaTPVqHrFE5VLUKEWm/SQpx1Sfu8AWjh9lK2+XdnovwWBQbnQgSxn3eXfngqgm5scBvUkauf
DLI/ReXzdodepU2M94b/QhTVlJgJTjX3PssosU/3ONyEdRR2hxlLGPqjO2|7gs4DQ==

CADENA ORIGINAL DEL ||1||6571cb99-a324-4023-9cc8-13e42be5bb55||2018-05-14T14:16:17||nA3P89zAkxTEMEIWLRDbmo22QmzygwLF6bw
COMPLEMENTO DE CERTIFICACION c1SxPs70lt0YYRFHqJ4tdmVx040nla/gVOlTR8ZhuOqHkr7dOVD55BxPylthBh0ql6YK+UMF0EN5m36c1GIYXUbzE/Y
DEL SAT: meim8VRJ9WKUlj1oE9ogJpzaF2JvIpooHlmDB4/TVKDEED8wy157Bj75loAycU91vE52fjbZul1eFBIr5Np0YUse
BlAx8cuuhVkyB4udKmpwhffgWw8m5giRV+MmdZtveloFaoruefkeZu15qj8oroD+zDyynxyz8jlk6VxCYIQ+egHkzJAYGx
D3bd600yxopsrJ9wpWA==|0000100000408254801||

NO. SERIE CSD DEL SAT: 0000100000408254801

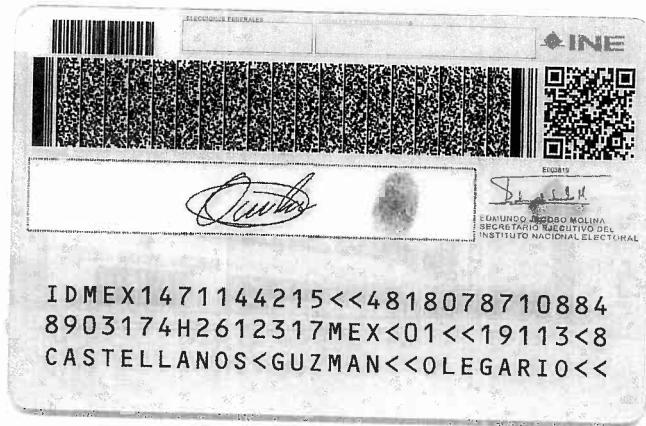
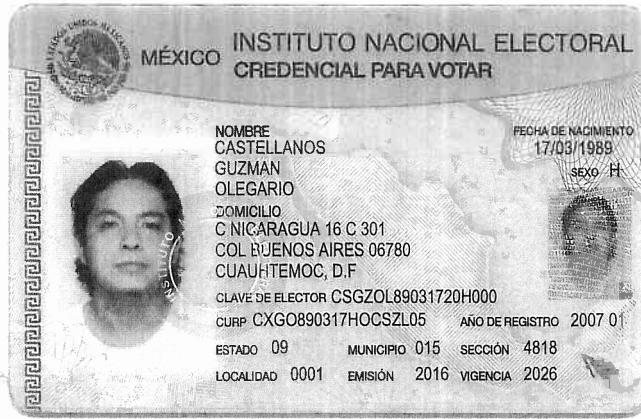
NO. SERIE CSD DEL EMISOR: 0000100000408798845

Esta es una representación impresa de un CFDI

Debo y pagaré a la orden de SANTIAGO RAFAEL GARCIA OTERO la cantidad marcada como total de esta factura, valor de la mercancía y/o servicios descritos que he recibido a mi entera satisfacción. Este pagaré es mercantil y está regido por la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito en su Artículo 173 parte final y Artículos correlativos por no ser pagare domiciliario.

Firma





Suc. 681 FUENTES BROTANTES,CD
 AVE. INSURGENTES SUR # 3976
 TLALPAN CENTRO
 14000 TLALPAN, CIUDAD DE MEXICO

0007859

OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN
 CALLE SUR 66 NUM 20 MZ 65 LT9
 NUEVO PASEO DE SAN AGUSTIN EJ
 55130 ECATEPEC DE MORELOS,ESTADO DE MEXICO C.R. 55541

El Banco Nacional de México

PERFIL EJECUTIVO

GAT Nominal antes de impuestos	No Aplica
GAT Real antes de impuestos	No Aplica
Interés aplicable o rendimientos	\$0.00
Comisiones efectivamente cobradas	\$0.00
La GAT real es el rendimiento que obtendría después de descontar la inflación estimada	

La fecha de corte es la indicada después de la leyenda "ESTADO DE CUENTA AL ". Salvo que expresamente se determine otra moneda, todas las cifras contenidas en el estado de cuenta se encuentran denominadas en Pesos Moneda Nacional.

Su estado de cuenta contiene información de los siguientes productos y servicios:

RESUMEN GENERAL

PRODUCTO/SERVICIO	CONTRATO	SALDO ANTERIOR	SALDO AL 23/MAR/2018
Perfil Ejecutivo	93213209695	\$2,110.68	\$300.40
CLABE Interbancaria	002180901854452313		
Domiciliación BANAMEX			

CUENTA PERFILES / PERFIL EJECUTIVO

RESUMEN DEL 25/FEB/2018 AL 24/MAR/2018
 CONTRATO 93213209695

Saldo Anterior	\$2,110.68
(+) 6 Depósitos	\$34,722.16
(-) 29 Retiros	\$36,532.44
SALDO AL 23 DE MARZO DE 2018	
EN EL PERIODO	\$300.40
Saldo Promedio	\$2,869.94
Días Transcurridos	28
EN EL AÑO	

RESUMEN POR MEDIOS DE ACCESO

Tarjeta 5256781901420591
 Cheques 9018 5445231

RETIROS	DEPOSITOS
\$8,571.54	\$1,800.00
\$27,960.90	\$32,922.16



COLPOSCOPIA y LASER S.C.

PUERTA DE HIERRO S.C.

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

- > DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA
- > REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER
- > ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION
- > COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA
- > ENDOCERVICOSCOPIA
- > MICROCOLPOSCOPIA
- > ELECTROCIRUGIA
- > VACUNAS
- > LASER

LISTA DE INSUMOS

FECHA : 11 de mayo de 2018

Cirujano: DR SANTIAGO GARCIA Y OTERO

Paciente : OLIGARIO CASTELLANOS GUZMAN

Seguros: METLIFE

Lista de insumos del FOTOVAPORIZACION CON LASER CO2

RENTA DE EQUIPO LASER CO2	\$ 12,000.00
Micromanipulador	\$ 1,738.00
Renta de Colposcopio	\$ 2,900.00
Filtro Ulpa	\$ 1890.00
Evacuador de humos	\$ 1965.20
Guantes de cirujano desechables (3 Pares)	\$ 42.27
Cerillos de nitrato de plata	\$ 423.00
Xylocaina al 10%	\$ 512.30
adaptador de Evacuador de Humos	\$ 52.80
Xylocaina con Epinefrina	\$534.62
Paquete de 10 gasas de 10 x 10	\$ 65.30
Hisopos estériles 20	\$47.80
Argentafil crema	\$330.00
Emla de 30 grs	\$ 353.00

SUBTOTAL \$ 22,855.29

16 % iva \$3656 .85

TOTAL \$26,512.14



**CLÍNICA DE
COLPOSCOPIA Y LASER**

PUERTA DE HIERRO S.C.



CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.

PUERTA DE HIERRO S.C.

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

- > DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA
- > REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER
- > ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION
- > COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA
- > ENDOCERVICOSCOPIA
- > MICROCOLPOSCOPIA
- > ELECTROCIRUGIA
- > VACUNAS
- > LASER

NOTA QUIRURGICA

PACIENTE : OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN

11 de mayo de 2018

SEGUROS : METLIFE

CIRUJANO: DR SANTIAGO GARCIA Y OTERO

Bajo visión Colposcopica , previa nebulización con xylocaina al 2% y aplicación de emla ,se realiza FOTOVAPORIZACION CON LASER CO2, PREPUCIO , GLANDE ,CUERPO DE PENE , MEATO URINARIO ESCROTO , SINFISIS DEL PUBIS , PLIEGUE CRURAL

Aplicación de silvadene no complicaciones TIEMPO QUIRURGICO UNA HORA QUINCE MINUTOS

Aplicación de silvadene no complicaciones





**CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.**

PUERTA DE HIERRO

- > Rejuvenecimiento Vaginal Laser
- > Microcolpolisteroscopia
- > Liftting Vaginal Laser
- > Endocervicoscopía
- > Labioplastia Laser
- > Electrocirugía
- > Colposcopía
- > Vacunas
- > Laser

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco

Colegio Mexicano De Colposcopistas

Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.

Asociación Mexicana Del virus Del papiloma Humano

Federación Internacional De Microcolpolisteroscopia

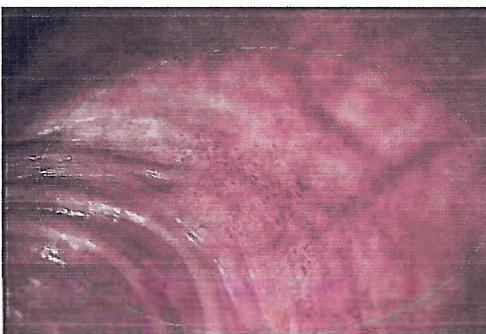
Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia

UNAM DGP 1435724 CMGO 3846

Paciente: **OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN**

Edad: **29 Años 1 Mes 25 Días** Medico Tratante:

Fecha **Vie 11 de May 2018**



ANDROSCOPIA

Bajo vision colposcopica (Colposcopio Carl Zeiss), previa aplicacion de acido acetico al 5% se observa:

PREPUCIO PENIANO : Se observa epitelio acetoblanco de superficie plana , bordes definidos

CUERPO DEL PENE : Se observa epitelio acetoblanco de superficie plana bordes definidos

GLANDE : Se observa epitelio acitorreactivo, de superficie plana bordes definidos , con puntilleo vascular fino

CORONA PENIANA : No se observa epitelio acetoblanco ni lesion precursora

MEATO URINARIO : Se observa epitelio acetoblanco de superficie plana , bordes definidos

ESCROTO : Se observa epitelio acitorreactivo de superficie plana , bordes definidos ,asi como epitelio acetoblanco de superficie plana , bordes definidos

PLIEGUE CRURAL : No se observa epitelioacetoblanco ni lesion precursora

SINFISIS DEL PUBIS se observa epitelio acetoblanco de superficie plana bordes definidos

Diagnóstico Colposcopico: Condiloma plano, IVPH
(Clasificación del CIN-ACLID)

CLÍNICA DE

COLPOSCOPIA Y LASER

Avenida Empresarios # 150 Decimo Piso Centro Médico Puerta de Hierro, Zapopan Jalisco
38485504 / 13682060 / 38484060 ext. 4267 P/3504 NEXTEL 37196316

www.clinicadedisplasiaspuertadehierro.com



CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.
PUERTA DE HIERRO S.C.

DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE

- > DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA
- > REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER
- > ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION
- > COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA
- > ENDOCERVICOSCOPIA
- > MICROCOLPOSCOPIA
- > ELECTROCIRUGIA
- > VACUNAS
- > LASER

38485504 / 13682060 / 38484000 ext. 4267 / 5504 / 2060

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco
Colegio Mexicano De Colposcopistas
Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.
Asociación Mexicana Delvirus Del papiloma Humano
Federación Internacional De Microcolpolisteroscopia
Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia
UNAM DGP 1435724 CMGO 3846
MOVIL 0443331896404

Dra. Ma. Goriet Macías Tafolla

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco
Colegio Mexicano De Colposcopistas
Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.
Asociación Mexicana Del Virus Del Papiloma Humano
Federación Internacional De Microcolpolisteroscopia
Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia
U de G DGP 2310724
MOVIL 044333400488

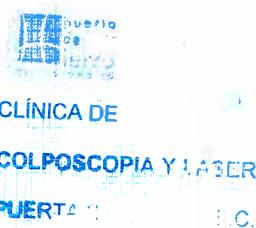
PACIENTE : OLIGARIO CASTELLANOS GUZMAN

FECHA : 11 de mayo de 2018

POST- LASER CO2

- OPTOCEF 500 mg tomar una cada 8 hrs por 7 días
- TYLEX 750 mg tomar una cada 6 hrs por 7 días
- MADECASSOL polvo aplicar 6 veces al día 20 dias (SABILA)
- AMPOLLETAS ADEKON ámpulas tomar una ámpula a la semana en medio vaso de jugo por 8 semanas
- FOLIVITAL 4 mg tomar tres juntas después de comer por 3 años
- CITA EN 4 SEMANAS concretarla al 38485504/13682060/38484000 ext. 4267
- URGENCIAS 0443331896404

NO FUMAR





COLPOSCOPIA y LASER S.C.

PUERTA DE HIERRO S.C.

DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE

- > DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA
- > REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER
- > ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION
- > COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA
- > ENDOCERVICOSCOPIA
- > MICROCOLPOSCOPIA
- > ELECTROCIRUGIA
- > VACUNAS
- > LASER

38485504 / 13682060 / 38484000 ext. 4267 / 5504 / 2060

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco
Colegio Mexicano De Colposcopistas
Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.
Asociación Mexicana Del virus Del papiloma Humano
Federación Internacional De Microcolpohipsteroscopia
Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia
UNAM DGP 1435724 CMGO 3846
NEXTEL 37196316

Dra. Ma. Goriet Macías Tafolla

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco
Colegio Mexicano De Colposcopistas
Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.
Asociación Mexicana Del Virus Del Papiloma Humano
Federación Internacional De Microcolpohipsteroscopia
Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia
U de G DGP 2310724
NEXTEL 37196312

PACIENTE : OLIGARIO CASTELLANOS GUZMAN

FECHA: viernes, 11 de mayo de 2018

INDICACIONES POST - LASER CO₂

- Es normal un sangrado en el área de tratamiento
- Ingerir de 3 a 4 litros de líquido al día por 3 – 4 días
- Ingerir gran cantidad de verduras verdes
- Avisar si presenta fiebre
- Abstención sexual por 4 semanas
- No realizar ejercicio físico intenso por 4 semanas
- Aplicar el MADECASSOL , previo aseo con agua y jabón y secar con toalla de tela
- Es normal comezón en el área de tratamiento
- Cita en 4 semanas concretarla al 38485504/13682060/38484000 ext. 4267



Informe Médico



En este formato ponemos a tu disposición nuestro Aviso de Privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios. (Debe ser contestado por el médico tratante)

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se dé información completa y detallada.

Lugar y fecha ZAPOPAN JAL 11 - Mayo - 2018

I. Datos del paciente

Nombre Completo: CASTELLANOS GUZMAN OLEGARIO

29 Sexo: Masculino Causa de reclamación: Accidente Enfermedad Embarazo
Edad Femenino

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de 11 - 05 - 2018.
esta enfermedad / accidente / embarazo.

II. Antecedentes clínicos

Historia clínica breve: Pte Masculino qui Inicia con dolor y conmoción desde el dia 04 - Mayo - 2018.
Ninguna Antecedente, Rx y Patológico.

Antecedentes personales patológicos: enfermedades propias de la infancia

Antecedentes quirúrgicos: Ninguno

Antecedentes gineco-obstétricos:

G _____ P _____ A _____ C _____

Mencione las afecciones más importantes que padezca el paciente aunque no tenga relación con la presente reclamación:

¿El paciente fue referido por otro médico?

Si No

Nombre del otro médico

Especialidad

Teléfono

III. Padecimiento actual

1) Principales signos y síntomas:

Orinar y conmoción

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos:

04 - Mayo - 2018.

2) El padecimiento es: Congénito Adquirido

Con una evolución de: 1 a 30 días 1 a 3 meses 3 a 6 meses 6 a 12 meses Más de un año Más de dos años

I VPH.

Causa / etiología del padecimiento:

3) Estudios de laboratorio y gabinete practicados: Androscopia (se anexa)

Detallar resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete que demuestren el diagnóstico referido:

Androscopia (se anexa)

Aviso de Privacidad de MetLife

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, México, Distrito Federal. II. FINALIDADES. Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de éstas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de esta, los utilizamos para identificarte, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, identificar, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la legislación aplicable en materia de seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas. III. MEDIOS PARA EJERCER TUS DERECHOS. Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado, solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros centros de servicio, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o enviando un correo a contacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. IV. LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS. Si deseas que tus datos no sean tratados con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx, inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla V. TRANSFERENCIA DE DATOS. Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de autoridad; a prestadores de servicios de salud para tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras y casa matriz para la administración de tu seguro; y a nuestras subsidiarias filiales y partes relacionadas para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia, tacha esta casilla VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD. Los cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

Padecimiento actual (continuación)

4) Impresión diagnóstica: condiloma plano + I VPH

Diagnóstico definitivo: el mismo

5) Indique el tratamiento y/o intervención quirúrgica: foto vaporización
con laser CO₂ en Prepuco, Corte a pie de
prelab Urinario, escroto, y Sufis de PVBs

MetLife

IV. En caso de hospitalización

Clinica de Colposcopia y Laser Puerto de Hueso

Nombre del hospital

Fecha de ingreso

11 05 18
Día Mes Año

Fecha de intervención quirúrgica

11 05 18
Día Mes Año

Fecha de alta

11 05 2018
Día Mes Año

¿La enfermedad o lesión ocasionó invalidez? Si No

Parcial Total

Desde 11 05 2018 Hasta 11 06 2018
Día Mes Año Día Mes Año

V. Datos del médico tratante

Dra. Santiago Marquez Otero Ginecologo Colposcopista.
Nombre del médico
Av Empresarios 150 Torre el te piso 10 Especialidad
Domicilio 33 38485504 1435724 6A056005187T5
Teléfono 333 1896404 Cédula profesional
Celular Sqyo@Hotmail.com Registro Federal de Contribuyentes
Correo electrónico

VI. Datos complementarios

Tiene convenio con la Aseguradora (campo obligatorio): Si No

Los honorarios de los médicos que pertenezcan al Grupo Médico Asociado (Red médica), siempre que el siniestro se encuentre amparado por la póliza de seguro, serán cubiertos por MetLife, con base a los montos previamente convenidos con la Red médica en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

*Acepto los tabuladores en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario a la aseguradora y el paciente por la presente cirugía y/o tratamiento. Si No

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico:

\$	\$	\$
Cirujano	Ayudante (s)	Anestesiólogo

Nombre completo del hospital donde se practica la cirugía Entidad Fecha exacta de la cirugía

Como médico tratante autorizó a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a MetLife México, S.A., todos los informes que se refiere a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las Instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente Asegurado, como el expediente clínico que obra en mi poder.

Nota: MetLife México, S.A., solo realiza pago vía transferencia electrónica. Si no ha realizado el trámite de alta en este esquema de pago, comuníquese al tel. 5328-9000 ext. 6073 y 6424 ó del Interior de la República 01-800-005-3287 ó 01-800-00 METLIFE (638-54-33).

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad.

Dr. Santiago Marquez Otero
Nombre y Firma del Médico Tratante

Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la Institución.

La cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0175-2015 de fecha 18 de agosto de 2016.

Descripción de la técnica: *Bajo Visión Lásercoptica, previa aplicación del ácido cítrico, aplicación de gelatina y emulsión, se realiza fotovaporación con CO₂ en prolapso, cuerpo de Pene, Meato Uretral, escroto, Sutura a Punto. Aplicación de silicona.*

Utilizó equipo especial para el procedimiento: No Si Detallar: *Se Anexa*

Hoja de Insumos

Utilizó insumos y/o materiales para el procedimiento: No Si Detallar: *Se Anexa Hoja de Insumos*

Complicaciones: *—*

Mencione los nombres de los médicos que participaron en la intervención (cirujano, ayudantes y anestesiólogo):

Dr. Santiago Gómez Ojeda (cirujano)

6) Interconsultas

Nombre Interconsultante	Especialidad	Médico Red (Indicar Sí / No)	Fechas	Descripción breve de participación
—				
—				
—				
—				
—				
—				
—				

7) Le fue practicado al paciente algún otro tx Médico

Si No

Nombre del médico

Especialidad

8) Estado actual del paciente:

Bueno

9) A la fecha el paciente continúa recibiendo tx médico o en futuro:

Si No

Acido fólico por 3 años

3 años

¿Qué clase de tratamiento se encuentra en seguimiento?

Duración del tratamiento

Nombre de los médicos participantes en el tratamiento y especialidad:

Dr Santiago Gómez Ojeda (cirujano)

10) En caso de accidente, descripción breve del evento:

—

11) Fecha probable de alta o prealta: *Noviembre 2018.*