

**CHECK LIST PARA EL RECLAMO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.  
REEMBOLSO.**

Estimado Asegurado (a),

Conforme a lo solicitado por la aseguradora, una vez que se tengan los documentos completos, estos serán sometidos a dictamen, en un lapso no mayor a 5 días hábiles de que se entregan todos los documentos.

<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- Formato de reembolso debidamente llenado y firmado. <b>(Anexo)</b>		
2.- Informe Médico debidamente llenado y firmado por el médico tratante. <b>(Anexo)</b> .		
3.- Aviso de Accidente y/o Enfermedad. <b>(Anexo)</b>		
4.- Comprobantes y desglose de los gastos por conceptos de honorarios médicos. <b>(Debe incluir, costos, fechas y conceptos de atención médica).</b> <b>En caso de que sea un solo recibo por varias consultas, favor de detallar y colocar costo unitario por cada una de ellas.</b>		
5.- Facturas y Comprobantes de Farmacia. <b>(Si la factura indicara concepto de medicamentos, anexar copia de los tickets).</b>		
6.- Copia de la interpretación de los estudios realizados y la factura pagada. <b>(Si estos no son incluidos en la factura hospitalaria, favor de enviar también los comprobantes de pago de los mismos).</b> <b>Nota: Solo se cubrirán los que sean relacionados con el diagnóstico.</b>		
7.- Factura de la hospitalización y desglose de la misma (adjuntar comandas). En caso de reclamar, facturas de <b>Terapias</b> . Incluir Bitácora de asistencia a terapias o sesiones de rehabilitación.		
8.- Todas las recetas médicas, prescribiendo medicamentos y/o estudios de laboratorio <b>(Biometría Hemática, QS, EGO, etc)</b> y/o gabinete. <b>(Rx, TAC, RM).</b>		
9.- Formato único de transferencia electrónica. Importante seleccionar una sola forma de reembolso y		

firmada siempre por el beneficiario. <b>(Anexo)</b>		
10.- Copia de Identificación Oficial Vigente. (IFE o INE, pasaporte o cedula profesional).		
11.- Copia del estado de cuenta bancario en donde se refleje la cuenta CLABE no mayor a 3 meses de antigüedad, o en caso, de seleccionar "tarjeta"; copia de la tarjeta de débito únicamente por la parte frontal. (Solo puede ser <u>Débito o Nómina</u> , de crédito <b>NO</b> )		

La información solicitada arriba es la mínima requerida para iniciar su trámite, pero ésta no es limitativa, por lo que, si la aseguradora lo requiere será necesario solicitar mayor documentación.

Esta información puede ser enviada a nuestra oficina, ubicada en el siguiente domicilio o a los correos electrónicos abajo mencionados:

Cracovía # 72"B"-113. Col. San Ángel. Alvaro Obregón. CP. 01000.  
Ciudad de México.

Tel: 55231100. Ext. 2300

Si desea enviar por correo electrónico:

[mvilchis@ancora.com.mx](mailto:mvilchis@ancora.com.mx)

[rramirez@ancora.com.mx](mailto:rramirez@ancora.com.mx)

[tvera@ancora.com.mx](mailto:tvera@ancora.com.mx)

Para el envío electrónico, le enviamos algunas sugerencias con el fin de agilizar su trámite:

- Considerar que el peso de su archivo completo no sea mayor a 5MB.
- Enviar sus adjuntos, en formato .PDF y en dos archivos, uno con los documentos de los puntos del 1-8 y otro con los documentos del 9-11.
- Dentro del asunto del correo, colocar:

**ASUNTO: #POLIZA / NOMBRE ASEGURADO. (Ej. Asunto: Póliza 123456 / Marco Antonio Vilchis Sandoval).**