

CHECK LIST PARA PROGRAMACIONES DE CIRUGIAS, ESTUDIOS O MEDICAMENTOS.

Estimado Asegurado (a),

Conforme a lo solicitado por la aseguradora, una vez que se tengan los documentos completos, estos serán sometidos a dictamen y en un lapso aproximado de 5 días hábiles, estaremos recibiendo respuesta por escrito:

DOCUMENTOS REQUERIDOS. PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS (Aplica para una reclamación abierta, superar tu deducible y aplica para enfermedades crónico degenerativas. Ej. DM, HAS)	SI	NO
1.- Formato de reembolso debidamente llenado y firmado. (Anexo)		
2.- Datos del asegurado, teléfono, correo electrónico donde se le pueda localizar fácilmente. Colocarlos en el recuadro de la primer hoja del formato de reembolso.		
3.- Aviso de Accidente y/o Enfermedad. (Anexo)		
4.- Receta médica con la posología (sal del medicamento y mg/gr), además de la duración del tratamiento. Refrendo cada 3 meses con receta médica y para refrendo del padecimiento será con Informe médico cada 6 meses.		

DOCUMENTOS REQUERIDOS. PROGRAMACION DE CIRUGIAS	SI	NO
1.- Formato de reembolso debidamente llenado y firmado. (Anexo)		
2.- Aviso de Accidente y/o Enfermedad. (Anexo)		
3.- Informe Médico debidamente lleno y firmado por el médico tratante. (Anexo) .		
4.- Copia de los estudios realizados, junto con la interpretación de ellos. (No es necesario el ingreso de placas, solamente la interpretación).		

Nota: En esta programación si es viable hacerla para la apertura de reclamación.

DOCUMENTOS REQUERIDOS. PROGRAMACION DE ESTUDIOS O TERAPIAS FISICAS Y QUIMIOTERAPIAS	SI	NO
1.- Formato de reembolso debidamente llenado y firmado. (Anexo)		
2.- Informe Médico debidamente lleno y firmado por el médico tratante. (Anexo) .		
3.- Receta médica indicando la solicitud del estudio. (En caso de estudios)		
4.- Receta médica que indique, tipo de terapias requeridas, el número de sesiones de terapias a programar y las fechas a realizar. (En caso de terapias o quimioterapias y radioterapias).		
3.- Aviso de Accidente y/o Enfermedad. (Anexo)		

DOCUMENTOS REQUERIDOS. PROGRAMACION DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA.	SI	NO
1.- Formato de reembolso debidamente llenado y firmado. (Anexo)		
2.- Informe Médico o receta médica membretada debidamente llenos y firmados por el médico tratante indicando las actividades a realizar por parte de Enfermería. (Anexo) .		
3.- Aviso de Accidente y/o Enfermedad. (Anexo)		

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. Deleg. Alvaro
Obregón. CP. 01000.

Si desea enviar por correo electrónico:

mvilchis@ancora.com.mx
rramirez@ancora.com.mx
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 dentro de un solo archivo.
- Dentro del asunto del correo, colocar:

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