

INFORMACION REQUERIDA PARA:

TRAMITES: DE REEMBOLSO O PROGRAMACION DE CIRUGIA

-INFORME MEDICO:

CON **DIAGNOSTICO DEFINITIVO** FIRMADO POR EL MEDICO TRATANTE.

-FORMATO DE REEMBOLSO:

DEBERAN ESTAR **FIRMADO CON "TINTA AZUL"** POR EL ASEGURADO.

-INTERPRETACION DE ESTUDIOS:

QUE CORROBOREN EL DIAGNOSTICO MEDICO DEFINITIVO.

-FACTURAS DEBERAN ESTAR:

TODO A NOMBRE DEL AFECTADO CON SUS DATOS FISCALES (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD)

LA FACTURA DEBERA SOLICITARSE A NOMBRE DEL PADRE O TUTOR COMO PACIENTE EL MENOR.

-ESTADO DE CUENTA BANCARIO (NO MAYOR DE UN MES DE VIGENCIA)

ESTE DEBERA CONTENER NOMBRE, CLABE INTERBANCARIA Y VIGENCIA.

NOTA: PUEDE BORRAR LOS GASTOS FRECUENTES O DIARIOS, ASI COMO SALDOS DE CUENTA.

-COMPROBANTE DE DOMICILIO (NO MAYOR A UN MES DE VIGENCIA)

-IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE:

INE (POR AMBOS LADOS) O PASAPORTE

(DEL AFECTADO Y DEL PADRE O TUTOR QUE RECIBIRA EL REEMBOLSO)

NOTA: CUALQUIER DUDA FAVOR DE COMUNICARSE AL TEL. 5555405820 EXT.107 O AL CORREO

Administración_01@fem.org.mx CON VICTOR BLANCO.

