



Preguntas

Frecuentes

Índice

Preguntas Frecuentes

- [¿Cómo puedo contratar un seguro?](#)
- [Una vez iniciado el recibo de pago de primas, ¿Cuántos días tengo para pagar mi póliza?](#)
- [¿Cómo puedo pagar mi póliza de seguro?](#)
- [¿Qué es el reconocimiento de antigüedad?](#)
- [¿Qué documentos debo entregar para que puedan reconocerme la antigüedad en mi nueva póliza de seguro?](#)
- [¿Cómo puedo realizar cambios o modificaciones a las coberturas de mi póliza actual?](#)
- [¿Qué coberturas tiene mi plan contratado?](#)
- [¿Cómo puedo hacer uso de mis coberturas contratadas?](#)
- [¿Cómo funciona el copago en mi seguro contratado?](#)
- [¿Puedo pagar el copago de mis coberturas con tarjeta bancaria o en efectivo?](#)
- [¿Qué documentación debo entregar para tramitar un reembolso?](#)

Plan de Acceso a Consultas (Consúltame) y Plan de Acceso Médico (PAM)

- [¿A qué se refiere consulta de primer contacto?](#)
- [¿Qué documentos debo presentar el día de mi consulta?](#)
- [¿Cómo puedo agendar una consulta?](#)
- [¿Cómo puedo cancelar una cita?](#)
- [Si tengo contratada la cobertura de Indemnización por Muerte accidental y Reembolso de gastos médicos por accidente ¿A qué números debo comunicarme para hacer uso de estos beneficios?](#)
- [¿Qué tengo que hacer en caso de requerir un servicio de asistencia funeraria?](#)
- [¿Qué pasa si por falta de disponibilidad de Red, el Centro de Atención Telefónica de MediAccess me indica que debo recibir servicios médicos con un proveedor que no pertenece a la Red de prestadores de servicios de la Aseguradora?](#)
- [¿Qué pasa si decido atenderme con un proveedor fuera de Red?](#)

Exclusivo para el Producto Plan de Acceso Médico (PAM)

- [¿En caso de que el médico de red me prescriba estudios de laboratorio y/o gabinete, que tengo que hacer?](#)
- [¿En caso de que el médico de red me prescriba medicamentos que tengo que hacer?](#)
- [¿Qué vigencia tienen los formatos que el médico de red otorga para los servicios derivados de consultas?](#)
- [¿Quedan cubiertos los padecimientos preexistentes en mi póliza de seguro?](#)

PrimeAccess

- [¿Cómo puedo agendar una consulta?](#)
- [¿A qué se refiere consulta de primer contacto y consulta de especialidad?](#)
- [¿Qué documentos debo presentar el día de mi consulta?](#)
- [¿Cómo puedo cancelar una cita?](#)
- [¿En caso de que el médico de red me prescriba estudios de laboratorio y/o gabinete, que tengo que hacer?](#)
- [¿En caso de que el médico de red me prescriba medicamentos que tengo que hacer?](#)
- [¿Qué vigencia tienen los formatos que el médico de red otorga para los servicios derivados de consultas?](#)
- [¿Cómo puedo hacer uso de mi cobertura de vacunas?](#)
- [¿Cómo puedo agendar una consulta con un dentista?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de requerir utilizar la cobertura de ayuda de lentes?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia médica real que no requiera hospitalización?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia que requiera hospitalización?](#)
- [¿Quedan cubiertos los padecimientos preexistentes en mi póliza de seguro?](#)
- [¿Qué pasa si por falta de disponibilidad de Red, el Centro de Atención Telefónica de MediAccess me indica que debo recibir servicios médicos con un proveedor que no pertenece a la Red de prestadores de servicios de la Aseguradora?](#)
- [¿Qué pasa si decido atenderme con un proveedor fuera de Red?](#)

IntegralAccess

- [¿Cómo puedo agendar una consulta?](#)
- [¿A qué se refiere consulta de primer contacto y consulta de especialidad?](#)
- [¿Qué documentos debo presentar el día de mi consulta?](#)
- [¿Cómo puedo cancelar una cita?](#)
- [¿Cómo hago uso de la cobertura “Medicina Preventiva” contratada en mi póliza?](#)
- [¿En caso de que el médico de red me prescriba medicamentos que tengo que hacer?](#)
- [¿Qué vigencia tienen los formatos que el médico de red otorga para los servicios derivados de consultas?](#)
- [¿En caso de que el médico de red me prescriba estudios de laboratorio y/o gabinete, que tengo que hacer?](#)
- [¿Cómo hago uso de la cobertura “Servicios de Terapia” contratada en mi póliza?](#)
- [¿Qué tengo que hacer en caso de que ingrese a un hospital por una urgencia médica real?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia que requiera hospitalización?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de que me informen que requiero ser hospitalizado?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de que mi médico tratante de red me indique que requiero de una cirugía?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de que deba someterme a un tratamiento que requiere hospitalización?](#)
- [¿Qué tengo que hacer, si necesito sesiones de quimioterapia o radioterapia?](#)

- [Si mi médico tratante de la red me comenta que voy a requerir de una prótesis, endoprótesis o material de osteosíntesis ¿Qué tengo que hacer para que lo cubra mi póliza?](#)
- [Mi médico tratante de red me receta la utilización de la cámara hiperbárica, ¿qué tengo que hacer para utilizar este servicio?](#)
- [¿Cómo hago uso de la cobertura “Suministro de Oxígeno” contratada en mi póliza?](#)
- [Si requiero el servicio de una ambulancia ¿Qué tengo que hacer?](#)
- [Estoy embarazada ¿Cómo puedo tener acceso a las consultas?](#)
- [Esta próxima la fecha de parto o cesárea ¿Que tengo que hacer?](#)
- [¿Cuál es la suma asegurada en mi cobertura de maternidad?](#)
- [¿Qué debo hacer para dar de alta a un recién nacido en la vigencia de la póliza?](#)
- [¿Está cubierta la circuncisión para recién nacidos?](#)
- [¿Está cubierta la circuncisión para no recién nacidos?](#)
- [¿Cómo puedo hacer uso de mi cobertura de vacunas?](#)
- [¿Cómo hago uso de la cobertura “Servicios de Enfermería” contratada en mi póliza?](#)
- [¿Con qué beneficios cuenta la cobertura de “Emergencia en el Extranjero” contratada en mi póliza de seguro y cómo hago uso de estos servicios?](#)
- [¿Cómo puedo agendar consulta con un dentista?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia dental?](#)
- [¿Qué tengo que hacer en caso de requerir un servicio de asistencia funeraria?](#)
- [¿Quedan cubiertos los padecimientos preexistentes en mi póliza de seguro?](#)
- [¿Qué pasa si por falta de disponibilidad de Red, el Centro de Atención Telefónica de MediAccess me indica que debo recibir servicios médicos con un proveedor que no pertenece a la Red de prestadores de servicios de la Aseguradora?](#)
- [¿Qué pasa si decido atenderme con un proveedor fuera de Red?](#)

Integra Colectivo

- [¿Cómo puedo agendar una consulta?](#)
- [¿A qué se refiere consulta de primer contacto y consulta de especialidad?](#)
- [¿Qué documentos debo presentar el día de mi consulta?](#)
- [¿Cómo puedo cancelar una cita?](#)
- [¿Cómo hago uso de la cobertura “Medicina Preventiva” contratada en mi póliza?](#)
- [¿En caso de que el médico de red me prescriba medicamentos que tengo que hacer?](#)
- [¿Qué vigencia tienen los formatos que el médico de red otorga para los servicios derivados de consultas?](#)
- [¿En caso de que el médico de red me prescriba estudios de laboratorio y/o gabinete, que tengo que hacer?](#)
- [¿Cómo hago uso de la cobertura “Servicios de Terapia” contratada en mi póliza?](#)
- [¿Qué tengo que hacer en caso de que ingrese a un hospital por una urgencia médica real?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia que requiera hospitalización?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de que me informen que requiero ser hospitalizado?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de que mi médico tratante de red me indique que requiero de una cirugía?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de que deba someterme a un tratamiento que requiere hospitalización?](#)
- [¿Qué tengo que hacer, si necesito sesiones de quimioterapia o radioterapia?](#)

- [Mi médico tratante de red me comenta que voy a requerir de una prótesis, o endoprótesis o material de osteosíntesis ¿Qué tengo que hacer para que lo cubra mi póliza?](#)
- [Mi médico tratante de la red me receta la utilización de la cámara hiperbárica, ¿qué tengo que hacer para utilizar este servicio?](#)
- [¿Cómo hago uso de la cobertura “Suministro de Oxígeno” contratada en mi póliza?](#)
- [Si requiero el servicio de una ambulancia ¿Qué tengo que hacer?](#)
- [Estoy embarazada ¿Cómo puedo tener acceso a las consultas?](#)
- [Esta próxima la fecha de parto o cesárea ¿Que tengo que hacer?](#)
- [¿Cuánto tengo de suma asegurada en mi cobertura de maternidad?](#)
- [¿Qué debo hacer para dar de alta a mi bebé recién nacido en la vigencia de la póliza?](#)
- [¿Está cubierta la circuncisión para recién nacidos?](#)
- [¿Está cubierta la circuncisión para no recién nacidos?](#)
- [¿Cómo puedo hacer uso de mi cobertura de vacunas?](#)
- [¿Cómo hago uso de la cobertura “Servicios de Enfermería” contratada en mi póliza?](#)
- [¿Con qué beneficios cuenta la cobertura de “Emergencia en el Extranjero” contratada en mi póliza de seguro y cómo hago uso de estos servicios?](#)
- [¿Cómo puedo agendar una consulta con un dentista?](#)
- [¿Cómo utilizo mi cobertura “Apoyo para la compra de leche” y cuál es el alcance de esta?](#)
- [¿Qué debo hacer en caso de requerir lentes?](#)
- [¿Quedan cubiertos los padecimientos preexistentes en mi póliza de seguro?](#)
- [¿Qué pasa si por falta de disponibilidad de Red, el Centro de Atención Telefónica de MediAccess me indica que debo recibir servicios médicos con un proveedor que no pertenece a la Red de prestadores de servicios de la Aseguradora?](#)
- [¿Qué pasa si decido atenderme con un proveedor fuera de Red?](#)

PREGUNTAS FRECUENTES

Son algunas de las consultas que otros asegurados han realizado y que podrían ser de tu interés.

Apartado de preguntas de uso general

¿Cómo puedo contratar un seguro?

Llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Ahí se te referirá con un ejecutivo de cuenta, el cual te orientará de manera personalizada sobre los productos que se puedan adecuar a tus necesidades.

Una vez iniciado el recibo de pago de primas, ¿Cuántos días tengo para pagar mi póliza?

Únicamente cuentas con 30 días naturales de gracia para cada recibo a partir de la fecha de inicio de vigencia del mismo, esta fecha viene indicada en cada uno de los recibos que se te proporcionaron junto con tu póliza como se muestra en el siguiente ejemplo:

		MEDI ACCESS SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V. RFC:MAS980924F15 Blvd. Adolfo Ruiz Cortines N°3642 Piso 9 Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal Delg. Alvaro Obregon, Ciudad de Mexico Tel: (55) 1085 2000 www.mediaccess.com.mx		
Lugar y Fecha de Expedición:		AVISO DE COBRO		
PÓLIZA	OFICINA	RAMO	FOLIO ENDOSO	MONEDA
Tu número de póliza	MATRIZ		0	MXN
PLAN				
Nombre de tu plan contratado				
CONTRATANTE		PRIMA NETA		
RFC		DERECHOS DE EMISIO		
DOMICILIO		IVA		
FORMA PAGO: Mensual, trimestral, semestral o anual		PRIMA TOTAL		
FECHA LIMITE DE PAGO:		Monto a pagar		
DESDE	HASTA	SUBGRUPO	NO. SERIE/TOTAL RECIBOS	NÚMERO RECIBO
AGENTE		FIRMA AGENTE		
NOMBRE				
CLAVE				

¿Cómo puedo pagar mi póliza de seguro?

El pago de tu póliza lo puedes realizar a través de los siguientes medios:

- Domiciliación (Cargo recurrente a tarjeta de crédito). Puedes solicitarla con tu agente de ventas.
- Transferencias electrónicas, (en estos casos deberás enviar a la Compañía el comprobante de pago al área de cobranza a través del correo electrónico: cobranza.seguros@mediaccess.com.mx).
- Depósito en cuenta, (en estos casos deberás enviar a la Compañía el comprobante de pago al área de cobranza a través del correo electrónico: cobranza.seguros@mediaccess.com.mx).
- Directo en las oficinas de Medi Access Seguros de Salud en la ciudad de Nuevo León y CDMX.
- Pago con tarjetas bancarias (solo por call center y solo para pólizas de Seguros).

¿Qué es el reconocimiento de antigüedad?

Se entiende como el reconocimiento del tiempo ininterrumpido y en forma continua durante el cual ha estado asegurada una persona en una póliza de gastos médicos mayores o salud integral emitida por esta u otra Compañía de seguros, para efectos de reducir o eliminar los periodos de espera indicados en las Condiciones Generales del producto.

¿Qué documentos debo entregar para que puedan reconocerme la antigüedad en mi nueva póliza de seguro?

Debes presentar la carátula de póliza o carta membretada y firmada de la Compañía aseguradora inmediata anterior, en dichos documentos debe especificarse: la antigüedad, las personas aseguradas, el periodo de cobertura y las coberturas con las que se contaban.

¿Cómo puedo realizar cambios o modificaciones a las coberturas de mi póliza actual?

Estos movimientos solo se pueden realizar durante los primeros 30 días naturales de iniciada la vigencia de tu póliza, excepto para cambio de forma de pago, altas o bajas de asegurados, cancelaciones, cambio de agente y cambio de fecha de antigüedad, que podrás hacerlo durante cualquier momento de la vigencia.

Para más información comunícate directamente con tu Agente de ventas o envía un correo a la siguiente dirección: servicioalclientes@mediaccess.com.mx.

Por último, podrás llamar al Centro de Atención Telefónica:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

En caso de tener contratados los planes “Plan de Acceso Médico (PAM)” y “Plan de Acceso a Consultas (Consúltame)”, los números telefónicos a los que podrás comunicarte son:

(55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0341 Interior de la República Lada sin Costo.

para ser direccionado con un ejecutivo de cuenta.

¿Qué coberturas tiene mi plan contratado?

Las coberturas con las que cuenta tu producto podrás validarlas en la carátula de tu póliza y/o certificado individual. Además, en el apartado de preguntas frecuentes de cada producto en donde te orientaremos para validar con que coberturas cuentas.

¿Cómo puedo hacer uso de mis coberturas contratadas?

Te sugerimos dirigirte al apartado de preguntas frecuentes de acuerdo con el producto que tengas contratado donde podrás revisar a mayor detalle o consultar el procedimiento de las coberturas que tiene tu plan.

También podrás consultar la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “*Productos*” buscar el plan adquirido y consultar el “**Folleto Explicativo**”, o buscar asesoría con tu agente.

En caso de que aun tengas dudas sobre tus coberturas, podrás llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

En caso de tener contratados los planes “Plan de Acceso Médico (PAM)” y “Plan de Acceso a Consultas (Consúltame)”, los números telefónicos a los que deberás comunicarte son los siguientes:

(55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0341 Interior de la República Lada sin Costo.

¿Cómo funciona el copago en mi seguro contratado?

El copago es la participación económica a cargo del Asegurado establecida según las características de la póliza contratada. Es recomendable que verifiques el copago que corresponde a tu plan en la carátula de tu póliza y/o certificado individual. Recuerda que el copago aplica cada vez que solicites el uso de la cobertura y se paga en el momento en que recibes la atención.

Para conocer mayor detalle de los copagos te pedimos consultar las preguntas frecuentes de acuerdo con el producto que tengas contratado.

¿Puedo pagar el copago de mis coberturas con tarjeta bancaria o en efectivo?

Podrás realizar el pago de tu copago en cualquiera de las dos modalidades, sin embargo, esto dependerá de los prestadores de servicios ya que pueden aceptar solamente alguna de las dos formas de pago.

¿Qué documentación debo entregar para tramitar un reembolso?

Los requisitos para trámite de reembolso son los siguientes, los cuales los podrán encontrar en la página web de MediAccess Seguros de Salud.

- d) Apoyos de diagnóstico (recetas médicas, resultados de laboratorio y gabinete).
- e) Aviso de Accidente o Enfermedad:

MediAccess
Seguros de Salud

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

- 1- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA.
- 3- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- 4- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHOS, ENMIENDAS O RASGOS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN
 REEMBOLSO PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS / TRATAMIENTO PAGO - DIRECTO
 TIPO DE RECLAMACIÓN EMBARAZO ENFERMEDAD
 ACCIDENTE

NO. DE PÓLIZA _____
 R.F.C. O C.U.R.P. _____

NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO _____ FECHA DE ALTA _____ NACIONALIDAD _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ PARENTESCO CON EL TITULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO DE CONTACTO (CLAVE LADA ()) _____
 DOMICILIO / CALLE _____ NO. EXTERIOR _____ NO. INTERIOR _____ COLONIA _____
 C.P. _____ ESTADO _____ DELEGACIÓN _____ OCUPACIÓN O PROFESIÓN _____ LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA _____ GRUPO DE LA EMPRESA _____

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADOCIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA O OTRA COMPAÑÍA? SI NO SI RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE NO. DE BIENESTRO COMPAÑÍA _____ FECHA DE ALTA _____
 ¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? SI NO COMPAÑÍA _____ NI PÓLIZA _____
 TIPO DE RECLAMACIÓN: INICIAL COMPLEMENTARIA INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTO _____
 FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____
 FECHA EN QUE FUE ATENDIDO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTE ASESORAMIENTO _____
 INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____
 SI ES ACCIDENTE DETALLESE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? _____
 AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____ NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____
 EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? SI NO _____
 COBERTURA _____ ASEGURADA _____ NO. DE PÓLIZA _____ COMPAÑÍA DEL TERCERO _____
 HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____ ESTADO HOSPITALIZADO SI NO _____ DÍAS DE ESTANCIA _____
 ¿QUÉ ESTADOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO? _____
 NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____ ESPECIALIDAD _____
 DIRECCIÓN _____ TEL. Y/O E-MAIL _____
 ¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? _____ CAUSA Y FECHA _____
 TEL. Y/O E-MAIL _____

DOCUMENTOS ESPECIALES:

- 1- COPIA DE LA AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN REQUERIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
- 2- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS O DE GABINETE.
- 3- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO (PASAPORTE O PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 14 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
- 4- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES QUE EXHIBAN SU VALIDEZ COMO RECIBOS PROFESIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC).
- 5- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLEVAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.
- 6- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA EL CONTRATANTE (EJ. PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FÍSICA.

NOTA:
 AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE ME HAYAN ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, DILACION O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCES SEGUROS DE SALUD, AUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MI SITUACIÓN PERSONAL, FAMILIAR, HISTÓRICA, CLÍNICA, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MISMA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE MEDIACCES SEGUROS DE SALUD, O CUALQUIER OPORTUNIDAD INCLUIDE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVIA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECTOR MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA COBERTURA DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCES SEGUROS DE SALUD LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASÍ VEZ MEDIACCES SEGUROS DE SALUD PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESAS DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

FECHA _____
 NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O TITULAR _____ LUGAR _____

- f) Identificación Oficial con Fotografía (INE)
- g) Comprobantes de Gastos (En formato PDF y/o XML)
- h) Copia de Estado de Cuenta Bancaria (No mayor a 3 meses a nombre del titular de la póliza o certificado individual).
- i) Proceso de autorización en hospital:
 Solamente para hospitales pertenecientes a la red de prestadores de servicios en los siguientes casos:
 - Que hayas ingresado por urgencia médica real (el proveedor deberá haber realizado el reporte al Centro de Atención Telefónica MediAccess) y tuviste que ser hospitalizado por alguna causa específica. La autorización estará sujeta a las condiciones generales y particulares de tu póliza de seguro.
 - Que hayas ingresado a hospitalización con carta programación y que requieras de algún ajuste en la Suma asegurada.

PLAN DE ACCESO A CONSULTAS (CONSÚLTAME) Y PLAN DE ACCESO MÉDICO (PAM)

Coberturas de cada producto:



Coberturas	Consúltame	PAM
Concertación de Citas	Incluido	Incluido
Asistencia Médica Telefónica 24/7	Incluido	Incluido
Acceso a descuentos con nuestra Red	Incluido	Incluido
Cobertura a Nivel Nacional 347 ciudades	Incluido	Incluido
Ambulancia sin costo para urgencias reales	1 al año	1 al año
Cobertura por muerte accidental	\$110,000	\$110,000
Reembolso por accidente	\$15,000	\$15,000
Asistencia Funeraria	Si	Si
Descuentos en más de 9,000 establecimientos comerciales, incluye una cuponera	No	No
Consultas de Primer Contacto, General, Ginecólogo, Pediatra e Internista	Sin límite y sin copago	Sin límite y sin copago
Consultas de Especialidad	Desde \$250 hasta \$450	Desde \$250 hasta \$450
Medicamentos Sin Costo Cuadro Básico	No	Hasta \$5,000
Estudios de Laboratorio	No	\$10,000, copago 30%

¿Cómo hacer uso de las coberturas contratadas?

¿A qué se refiere consulta de primer contacto?

Las consultas de primer contacto son aquellas orientadas a detectar y/o atender aquellos síntomas o padecimientos que afectan comúnmente a la población.

Dentro de las consultas de primer contacto se encuentran: Medicina general y/o familiar, medicina interna, ginecología y obstetricia y pediatría.

¿Qué documentos debo presentar el día de mi consulta?

Debes presentarte con 15 minutos de anticipación a la hora de la cita programada, llevar tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía, con excepción de menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial. Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en tu credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MSS-FRT-OP-EI-M-CCP-009

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA						
Póliza No.	Tu número de póliza	Agente				
Solicitud No.		Nombre				
NOMBRE DEL CONTRATANTE						
MEDIO ACCESO SAPI DE CV						
CERTIFICADO NO. 1						
Asegurado			Ramo			
JUAN LEONAR PALACIOS SUAREZ			FAMILIA			
Número de Afiliado	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Antigüedad	
10001	JUAN LEONAR PALACIOS SUAREZ	M	10/01/1970	10/01/2010	10/01/2010	
10002	JANA FERNANDA SUAREZ PALACIOS	F	07/08/1970	07/08/2010	07/08/2010	
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE LA PÓLIZA						
Vigencia						
Plan						
COLECTIVO DE SALUD PLAN ACCESO MEDICO					Suma Asegurada	
Coberturas Incluidas			Copago	Suma Asegurada		
CONSULTA DE PRIMER CONTACTO			\$	\$		



Parte frontal



Parte posterior



Parte frontal



Parte posterior

¿Cómo puedo agendar una consulta?

Para agendar una consulta llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0341 Interior de la República Lada sin Costo.

Con al menos 24 horas de anticipación, donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial MediAccess.

¿Cómo puedo cancelar una cita?

Para cancelar una cita oportunamente llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess preferentemente con al menos 24 horas de anticipación:

(55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0341 Interior de la República Lada sin Costo.

Es importante que canceles tu cita a tiempo en caso de no poder asistir en el día programado ya que el espacio que tú liberas puede ser ocupado por alguien más.

Si tengo contratada la cobertura de Indemnización por Muerte accidental y Reembolso de gastos médicos por accidente ¿A qué números debo comunicarme para hacer uso de estos beneficios?

Para reembolsos de gastos médicos por accidente e indemnización por muerte accidental deberás llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0341 desde el Interior de la República Lada sin costo.

donde se te brindará información para hacer uso de esta cobertura.

¿Qué tengo que hacer en caso de requerir un servicio de asistencia funeraria?

Esta cobertura la proporcionamos a través de un prestador de servicio por lo que en caso de requerir el servicio de asistencia funeraria deberás llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0341 desde el Interior de la República Lada sin costo.
donde se te brindará información para hacer uso de esta cobertura.

Para esta cobertura no opera el reembolso de gastos de funerarios.

¿Qué pasa si por falta de disponibilidad de Red, el Centro de Atención Telefónica de MediAccess me indica que debo recibir servicios médicos con un proveedor que no pertenece a la Red de prestadores de servicios de la Aseguradora?

En caso de que no haya disponibilidad de Red y requieras hacer uso de alguna cobertura, una vez recibido el servicio con el proveedor fuera de la red deberás comunicarte al Centro de Atención Telefónica MediAccess para solicitar información sobre el procedimiento a seguir para tramitar el reembolso correspondiente.

¿Qué pasa si decido atenderme con un proveedor fuera de Red?

Cuando decidas usar el servicio médico fuera de Red para alguna atención médica cubierta por tu póliza de seguros y esta reclamación se ingrese mediante reembolso, deberás seguir el siguiente proceso:

Contacta a tu agente de ventas, o manda un correo electrónico a la siguiente dirección: servicioclientes@mediaccess.com.mx ; o si lo prefieres puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0341 desde el Interior de la República Lada sin costo,

donde te indicarán el proceso a seguir.

Sólo se reembolsarán los honorarios de médicos que cuenten con cédula profesional.

Es importante notificarte que MediAccess Seguros de Salud aplicará un porcentaje de participación adicional al contratado, con base en lo siguiente:

- **Dando aviso dentro los 5 días hábiles siguientes a la atención: 50% adicional a la indemnización procedente.**
- **Dando aviso posterior a los 5 días hábiles siguientes a la atención: 70% adicional a la indemnización procedente.**

En caso de que se trate de una emergencia médica real, MediAccess Seguros de Salud aplicará un porcentaje de participación adicional al contratado, con base en lo siguiente:

- **Dando aviso dentro los 5 días hábiles siguientes a la atención: 0% adicional a la indemnización procedente.**

- Dando aviso posterior a los 5 días hábiles siguientes a la atención: 20% adicional a la indemnización precedente

La Compañía determinará si los gastos procedentes erogados por padecimientos cubiertos corresponden a una urgencia médica real de acuerdo con las definiciones de tu póliza de seguros. En caso de que los gastos procedentes no hayan sido originados por una urgencia médica real, se reembolsarán aplicando el copago adicional indicado en el caso de una atención médica de no urgencia, aun cuando la atención se haya realizado en el área de urgencias de un hospital.

Para más información, consulta la cláusula “Pago de indemnizaciones” de tus condiciones generales en los apartados “Pagos por reembolso”.

Exclusivo para el Producto Plan de Acceso Médico (PAM)

¿En caso de que el médico de red me prescriba estudios de laboratorio y/o gabinete, que tengo que hacer?

Si derivado del padecimiento, es necesario hacer uso del servicio de laboratorio y/o gabinete, el médico tratante de red te expedirá un formato con el que deberás acudir a realizarte los estudios con proveedores pertenecientes a la red.

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Los formatos que vas a recibir serían como estos:

Formato electrónico:

MediAccess **FORMATO DE LABORATORIO**

PACIENTE: [REDACTED] PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
 CÓD AFILIADO: [REDACTED] PRODUCTO: Plan de Seguro Colectivo Básico Plus
 ELEGIBILIDAD: [REDACTED] EMPRESA: [REDACTED]
 FOLIO: [REDACTED] PYME: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO: [REDACTED] FECHA: 30/10/2020 16:33:26 COPAGO 0% CLAVE PROVEEDOR [REDACTED]
 ESPECIALIDAD: [REDACTED]
 CLAVE DEL MÉDICO: [REDACTED]

INDICACIONES MÉDICAS

Datos Llenados por LABORATORIO

CÓDIGO CPT	[REDACTED]	Fecha surtido:	[REDACTED]
MONTO TOTAL	\$ [REDACTED]	Descripción del Procedimiento	[REDACTED]
DESCUENTO	\$ [REDACTED]		
SUBTOTAL	\$ [REDACTED]		
IVA	\$ [REDACTED]		
RET. IVA	\$ [REDACTED]		
ISR	\$ [REDACTED]		
PRECIO TOTAL	\$ [REDACTED]		

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente

Orto mi consentimiento para que se utilicen mis datos personales y/o semblanzas para identificación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros para estos fines

Firma del Médico [REDACTED] Este pase es válido durante los 30 días naturales después de expedido Firma del Paciente [REDACTED]

Formato manual:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B** 
4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Dia Mes Año			Cliente:			Ciudad, Estado:			Elegibilidad:		
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE											
Clave del Médico:			Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		
No. de Cédula Profesional/especialidad:						Especialidad:					
DATOS DEL PACIENTE											
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):	

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez		ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TANTO" DE ESTE FORMATO.)		
		Subsecuente No. _____				
		Médico de Cabecera _____				
Firma del Médico:				Firma de Conformidad del Paciente:		

Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para estos fines.

SERVICIOS REFERIDOS 1						
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación						DD MM AA
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio			Autorización (sólo en caso de requerirse):	
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO		FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE				

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después, deberás seguir el siguiente proceso:

Ubica los proveedores que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “Conozca nuestra red de Proveedores”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess: (55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana (800) 681-0341 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Una vez elegido el proveedor de tu elección, llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess, así como para concertar tu cita (día y hora).

Es importante que te comuniques con el proveedor para conocer las condiciones particulares bajo las cuales debes acudir al momento de tu cita para poder realizarte el estudio de manera oportuna.

Al acudir a realizarte el estudio presenta tu formato, original y copia de tu credencial MediAccess e identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en tu credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-0FE-EM-COP-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA						
Póliza No.	Tu número de póliza	Agente				
Solicitud No.		Nombre				
NOMBRE DEL CONTRATANTE						
MEDIC ACCESS S.A.P. DE C.V.						
CERTIFICADO NO. 1						
Asegurado			Ramo			
DANIEL LETICIA PALACIOS OLIVERA			MEDICO			
Número de Afiliado	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Antigüedad	
00001	DANIEL LETICIA PALACIOS OLIVERA	F	10/01/1987	01/01/2020	01/01/2020	
00002	DANIELA FERNANDA OLIVERA PALACIOS	F	27/08/1987	01/01/2020	01/01/2020	
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE LA PÓLIZA						
Vigencia						
Desde el 01/01/2020 hasta el 31/12/2020						
Plan					Suma Asegurada	
COLECTIVO DE SALUD PLAN ACCESO MEDICO					\$1,000,000	
Coberturas Incluidas			Copago	Suma Asegurada		
LABORATORIO Y GABINETE			\$0	\$1,000,000		
MEDICAMENTOS			\$0	\$1,000,000		
APOYOS DE DIAGNOSTICO			\$0	\$1,000,000		



Parte frontal



Parte posterior

¿En caso de que el médico de red me prescriba medicamentos que tengo que hacer?

Si derivado del padecimiento es necesario prescribirte medicamentos, el médico tratante de red te expedirá el formato, el cual podrás canjearlo por los medicamentos en las farmacias pertenecientes a la red.

Los formatos que vas a recibir serían como estos:

Formato electrónico:

FORMATO DE FARMACIA

MediAccess PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD

PACIENTE: [REDACTED] PRODUCTO: Plan de Acceso Médico con Asistencia Funeraria

CÓD AFILIADO: [REDACTED] EMPRESA: [REDACTED]

ELEGIBILIDAD: [REDACTED] PYME: [REDACTED]

FOLIO: [REDACTED] FECHA: 23/10/2020 17:19:21

NOMBRE DEL MÉDICO: [REDACTED] COPAGO CLAVE PROVEEDOR 0%

ESPECIALIDAD: [REDACTED] CIE-10: H650

CLAVE DEL MÉDICO: [REDACTED] MONTO \$

OPCIONES DE SURTIDO DESCUENTO \$

7501070612955 SUBTOTAL \$

7501125179198 IVA \$

7501064550751 PRECIO TOTAL \$

7501258211888 CÓDIGO EAN 20219305

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: [REDACTED] AUTORIZACIÓN: 9100*46181

Surtir de acuerdo a la sal. FOLIO [REDACTED]

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente Otorgo mi consentimiento para que se utilicen mis datos personales y/o sensibles para identificación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros para estos fines.

Firma del Médico Este pase es válido durante los 10 días naturales después de expedido Firma del Paciente

Formato manual:

MediAccess **VALE FARMACIA**

SURTASE EN FARMACIAS DE LA RED

Folio: **G**  **23001-1**

Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año		Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):	
No. de Cédula Profesional/especialidad:				Firma del Médico: 
DATOS DEL PACIENTE				
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
				Nombre (s):

PRESCRIPCIÓN No. 1 (Datos llenados por el Médico)

No. de autorización del médico (si se requiere) [REDACTED]

CÓDIGO CIE 10 [REDACTED] DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO [REDACTED]

Nombre del Medicamento [REDACTED]

Presentación (100 mg, 15 ml., 0,5 g., etc.) [REDACTED] Unidades (con letra) [REDACTED]

Cantidad por toma [REDACTED] Veces [REDACTED] Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Duración Tratamiento [REDACTED] Días Meses [REDACTED]

*Ejemplos nº de tabletas, nº de gotas, nº de cucharaditas, nº de aplicaciones para una crema

Indicaciones Médicas [REDACTED]

Declaro bajo protesta de decir la verdad que los medicamentos indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente.

(Datos llenados por la farmacia)

Identificación Sucursal [REDACTED] Precio unitario [REDACTED] Descuento % [REDACTED] Monto IVA [REDACTED]

No. Unidades [REDACTED] Código EAN Medicamento [REDACTED]

Fecha de Surtido (día/mes/año) [REDACTED] No. de autorización de la farmacia (si se requiere) [REDACTED]

PRECIO UNITARIO [REDACTED] COPAGO % [REDACTED] COPAGO \$ [REDACTED] RESTA [REDACTED]

ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para estos fines.

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR O PACIENTE [REDACTED]

ESTA RECETA ES VÁLIDA DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE SU EXPEDICIÓN.

En caso de prescribir antibióticos este folio deberá acompañarse de la receta particular del médico tratante

Farmacia 1

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después deberás seguir el siguiente procedimiento:

Ubica las farmacias que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “*Conozca nuestra red de Proveedores*”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Presenta tu formato, credencial MediAccess e identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial). Recuerda que el formato de medicamentos cuenta con vigencia de 10 días naturales a partir del día de expedición.

¿Qué vigencia tienen los formatos que el médico de red otorga para los servicios derivados de consultas?

Los formatos que otorga el médico tratante de red al asegurado en la consulta son pases de referencia y servicios referidos, estos formatos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición, a excepción del formato para surtir medicamentos el cual tiene una vigencia de 10 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Esta indicación también la puedes observar en la parte inferior de los formatos como se muestra a continuación.

Formatos de servicios referidos:

FORMATO DE LABORATORIO

PACIENTE: [REDACTED] PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
CÓD AFILIADO: [REDACTED] PRODUCTO: Plan de Seguro Colectivo Básico Plus
ELEGIBILIDAD: [REDACTED] EMPRESA: [REDACTED]
FOLIO: [REDACTED] PYME: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO: [REDACTED] FECHA: 30/10/2020 16:33:26
ESPECIALIDAD: [REDACTED]
CLAVE DEL MÉDICO: [REDACTED]

INDICACIONES MÉDICAS

Datos Llenados por LABORATORIO

CÓDIGO CPT	[REDACTED]	Fecha surtido:	[REDACTED]
MONTO TOTAL	\$ [REDACTED]	diá/mes/año	[REDACTED]
DESCUENTO	\$ [REDACTED]	Descripción del Procedimiento	[REDACTED]
SUBTOTAL	\$ [REDACTED]		
IVA	\$ [REDACTED]		
RET. IVA	\$ [REDACTED]		
ISR	\$ [REDACTED]		
PRECIO TOTAL	\$ [REDACTED]		

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente

Otorgo mi consentimiento para que se utilicen mis datos personales y/o sensibles identificación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros para estos fines

Firma del Médico: [REDACTED] Este pase es válido durante los 30 días naturales después de expedido Firma del Paciente: [REDACTED]



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Ciudad, Estado:	Elegibilidad:
<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;"> → Fecha de expedición </div>				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):	
No. de Cédula Profesional/Especialidad:	Especialidad:			
DATOS DEL PACIENTE				
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombre (s):				

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA COMPLETAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO 1º DE ESTE FORMATO.)			
		Subsecuente No. _____				
		Médico de Cabecera	Firma de Conformidad del Paciente:			
Firma del Médico:			Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros sólo para éstos fines.			

SERVICIOS REFERIDOS 1									
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación							DD	MM	AA
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio						Autorización (sólo en caso de requerirse):		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA		
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO							FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE		
<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;"> → Leyenda de vigencia </div>									

MAC-1502-CC00002

Formatos de farmacias:

FORMATO DE FARMACIA	
PACIENTE: [REDACTED] CÓD AFILIADO: [REDACTED] ELEGIBILIDAD: [REDACTED] FOLIO: [REDACTED]	PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD PRODUCTO: Plan de Acceso Médico con Asistencia Funeraria EMPRESA: [REDACTED] PYME: [REDACTED]
NOMBRE DEL MÉDICO: [REDACTED] ESPECIALIDAD: [REDACTED] CLAVE DEL MÉDICO: [REDACTED]	FECHA: 23/10/2020 17:19:21 CIE-10: H650
OPCIONES DE SURTIDO 7501070612955 7501125179198 7501064550751 7501258211888	NOMBRE DEL MEDICAMENTO: [REDACTED]
Datos Llenados por la Farmacia Fecha surtido: ___/___/___ MONTO \$ _____ DESCUENTO \$ _____ SUBTOTAL \$ _____ IVA \$ _____ PRECIO TOTAL \$ _____	
No. Unidades: _____	
CÓDIGO EAN: 40219305	
AUTORIZACIÓN: 9100*46181	
FOLIO: [REDACTED]	
Surtir de acuerdo a la sal.	
Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente	
Firma del Médico: [REDACTED]	Este pase es válido durante los 10 días naturales después de expedido
Firma del Paciente: [REDACTED]	
<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;"> → Leyenda de vigencia </div>	



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:	d, Estado:			Elegibilidad:					
			Fecha de expedición									
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE												
Clave del Médico:			Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):			
No. de Cédula Profesional/especialidad:									Firma del Médico:			
DATOS DEL PACIENTE												
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		

PRESCRIPCIÓN No. 1 (Datos llenados por el Médico)

No. de autorización del médico (si se requiere)

CÓDIGO CIE 10 DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO

Nombre del Medicamento

Presentación (100 mg, 15 ml., 0,5 g., etc.) Unidades (con letra)

Cantidad por toma Veces Día Mes Duración Tratamiento Días Meses

*Ejemplos nº de tabletas, nº de gotas, nº de cucharaditas, nº de aplicaciones para una crema

Indicaciones Médicas

Declaro bajo protesta de decir la verdad que los medicamentos indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente.

(Datos llenados por la farmacia)

Identificación Sucursal Precio unitario Descuento 96 Monto IVA

No. Unidades Código EAN Medicamento

Fecha de Surtido (día/mes/año) No. de autorización de la farmacia (si se requiere)

Anexar ticket de venta

PRECIO UNITARIO COPAGO 96 COPAGO \$ RESTA

ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.

ESTA RECETA ES VÁLIDA DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE SU EXPEDICIÓN.

Leyenda de vigencia

En caso de prescribir antibióticos este folio deberá acompañarse de la receta particular del médico tratante

Farmacia 1

¿Quedan cubiertos los padecimientos preexistentes en mi póliza de seguro?

No, los padecimientos preexistentes son una exclusión de este producto.

Coberturas

Coberturas	Copagos
Consulta de primer contacto o especialista	\$0, \$50, \$100, \$150 y \$200
Medicamentos	Desde 0% hasta el 50%
Estudios de Laboratorio y Gabinete	Desde 0% hasta el 50%
Fisioterapia e Inhaloterapia	Desde \$0 hasta \$200
Orientación Médica Telefónica	Sin copago
Coberturas Adicionales	
Odontología	Desde 0% hasta el 50% sobre el costo del procedimiento
Urgencia Médica Sin hospitalización	Desde 0% hasta el 50% con límite establecido en la cobertura básica
Ayuda de Lentes	Sin copago, beneficio limitado a \$1,500

¿Cómo hacer uso de las coberturas contratadas?

¿Cómo puedo agendar una consulta?

Para agendar una consulta llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

Con al menos 24 horas de anticipación, donde te informará la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial MediAccess.

¿A qué se refiere consulta de primer contacto y consulta de especialidad?

Las consultas de primer contacto son aquellas orientadas a detectar y/o atender aquellos síntomas o padecimientos que afectan comúnmente a la población.

Dentro de las consultas de primer contacto se encuentran: Medicina general y/o familiar, medicina interna, pediatría, oftalmología, ginecología y obstetricia.

Las consultas de especialidad son todas aquellas consultas que son de alguna especialidad diferente a las indicadas en primer contacto.

En caso de que el médico tratante de primer contacto perteneciente a la red de prestadores considere que se requiere de una atención especializada, este te referirá a una consulta con un

médico de especialidad para tu atención, y extenderá un formato con autorización para tres consultas con el especialista para que puedas acudir.

El formato que te van a entregar será como el que se muestra en el siguiente ejemplo:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B**



4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:			Ciudad, Estado:			Elegibilidad:			
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE												
Clave del Médico:			Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):			
No. de Cédula Profesional/especialidad:						Especialidad:						
DATOS DEL PACIENTE												
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	Subsecuente No. _____	Médico de Cabecera	ATENCIÓN PREVENTIVA <small>CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO "D" DE ESTE FORMATO.)</small>	
Firma del Médico:			Firma de Conformidad del Paciente:			
<small>Dedaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente</small>			<small>Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.</small>			

SERVICIOS REFERIDOS 1									
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación							DD	MM	AA
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio				Autorización (sólo en caso de requerirse):			
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CODIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA		
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO				FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE					

MMC-1503-CC00002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

¿Qué documentos debo presentar el día de mi consulta?

Debes presentarte con 15 minutos de anticipación a la hora de la cita programada, llevar tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía, con excepción de menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial. En caso de que asistas a una consulta de especialidad,

además de presentar tu credencial MediAccess y una identificación oficial también deberás presentar el pase de referencia expedido por tu médico tratante de primer contacto.

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 3 MASS-FRT-OPE-EMI-CCP-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA						
Póliza No.	Tu número de póliza	Agente	Póliza No.			
Solicitud No.	1000	Nombre	AUTOPROTECCIÓN AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZAS S.A. DE C.V.			
NOMBRE DEL CONTRATANTE						
PLANEACION DE RECURSOS HUMANOS SA DE CV						
CERTIFICADO NO. 2						
Asegurado	JOSE MANUEL TALE	Ramo	SALES			
Número de Afiliado	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Antigüedad	
10000	JOSE MANUEL TALE	M	17/02/1980	17/02/2010	10/01/2010	
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE LA PÓLIZA						
Vigencia	Desde las 00:00 hrs del 01 de diciembre del 2010		Hasta las 23:59 hrs del 31 de diciembre del 2010			
	Plan				Suma Asegurada	
	SEGURO DE SALUD COLECTIVO PRIMEACCESS				\$20,000.00	
Coberturas Incluidas		Copago	Suma Asegurada			
CONSULTA DE PRIMER CONTACTO		\$0	\$1,000.00			
CONSULTA DE SEGURO CONTACTO		\$0	\$1,000.00			
FISIOTERAPIA E INHALOTERAPIA		\$0	\$1,000.00			
SERVICIOS DE DIAGNOSTICO		20%	\$1,000.00			
MEDICAMENTOS		20%	\$1,000.00			
ATENCIÓN DENTAL		20%	\$1,000.00			
HOSPITALIZACIÓN		\$0	\$1,000.00			
CONSULTA DE PRIMER CONTACTO		\$0	EL COPAGO SE APLICA POR			
CONSULTA DE ESPECIALIDAD		\$0	CADA UNA TIENE UN LÍMITE			
SERVICIO DE URGEN		\$0	\$1,000.00			
CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS		\$0	\$1,000.00 POR EVENTO			



Parte frontal



Parte posterior



Parte frontal



Parte posterior

¿Cómo puedo cancelar una cita?

Para cancelar una cita oportunamente llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess preferentemente con al menos 24 horas de anticipación:
 (55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
 (800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

Es importante que canceles tu cita a tiempo en caso de no poder asistir en el día programado ya que el espacio que tú liberas puede ser ocupado por alguien más.

¿En caso de que el médico de red me prescriba estudios de laboratorio y/o gabinete, que tengo que hacer?

Si derivado del padecimiento, es necesario hacer uso del servicio de laboratorio y/o gabinete, el médico tratante de la red te expedirá un formato con el que deberás acudir a realizarte los estudios con proveedores pertenecientes a la red.

Los formatos que vas a recibir serían como estos:
 Formato electrónico:

Formato manual:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B**



4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE							
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):				
No. de Cédula Profesional/especialidad:		Especialidad:					
DATOS DEL PACIENTE							
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:				
			Apellido Materno:				
			Nombre (s):				
PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO							
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE	
PRINCIPAL	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _		
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$	RESTA		
_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	_ _		
SECUNDARIO 2	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _		
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$	RESTA		
_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _	_ _		
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TANTO" DE ESTE FORMATO.)				
		Subsecuente No.					
		Médico de Cabecera					
Firma del Médico:				Firma de Conformidad del Paciente:			
Dedero bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente				Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.			
SERVICIOS REFERIDOS 1							
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos <input type="radio"/> Observación					DD	MM	AA
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio				Autorización (sólo en caso de requerirse):		
_ _ _ _ _ _ _					_ _ _ _ _ _ _		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
	_ _ _ _ _ _ _						
	_ _ _ _ _ _ _						
	_ _ _ _ _ _ _						
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIRSE				FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE:			

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después, deberás seguir el siguiente proceso:
 Ubica los proveedores que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “Conozca nuestra red de Proveedores”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana
 (800) 681-0341 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Una vez elegido el proveedor de tu elección, llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess para concertar tu cita (día y hora).

Es importante que te comuniques con el proveedor para conocer las condiciones particulares bajo las cuales debes acudir al momento de tu cita para poder hacer de manera oportuna tu estudio.

Al acudir a realizarte el estudio presenta tu formato, original y copia de tu credencial MediAccess e identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial). Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

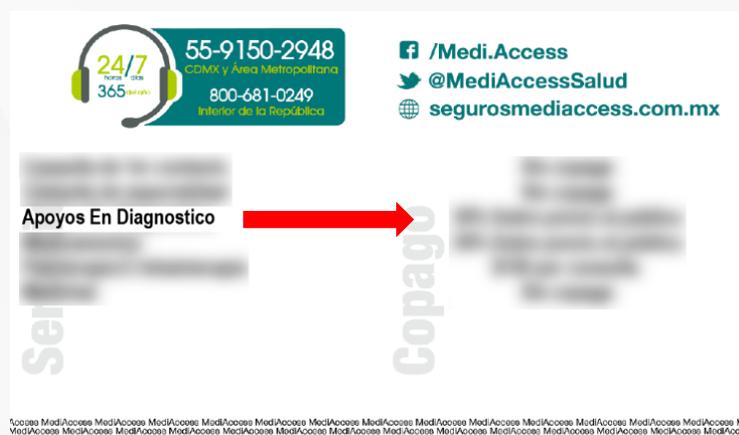
Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MAS-FRT-OPB-EMI-CP-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA						
Póliza No.	Tu número de póliza	Agente				
Solicitud No.		Nombre				
NOMBRE DEL CONTRATANTE						
NOMBRE DEL CONTRATANTE SA DE CV						
IDENTIFICACION NO. 1						
Asegurado			Ramo			
LUI FERNANDO JIMENEZ TORRES			SALUD			
Número de Afiliado	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Antigüedad	
11488	LUI FERNANDO JIMENEZ TORRES	M	10/05/1978	10/05/2018	10/05/2018	
11488	LAURA GUERRERO MARTIN	F	10/05/1978	10/05/2018	10/05/2018	
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE LA PÓLIZA						
Vigencia Desde las 00:00 del día 01 de septiembre del 2018 Hasta las 24:00 del día 31 de agosto del 2020						
Plan					Suma Asegurada	
SEGURO DE SALUD COLECTIVO PRIMEACCESS					\$1,000,000	
Coberturas Incluidas		Copago	Suma Asegurada			
CUBIERTA POR EL PRIMER CONTRATO		\$0	\$1,000,000			
CUBIERTA POR EL SEGURO COLECTIVO		\$0	\$1,000,000			
SERVICIOS DE LABORATORIO		\$0	\$1,000,000			
MEDICAMENTOS		\$0	\$1,000,000			
HISTORIAS Y CONSULTAS		\$0	\$1,000,000			
MEDICAMENTOS		\$0	\$1,000,000			
SERVICIOS		\$0	\$1,000,000			
SERVICIOS MEDICOS EN HOSPITALIZACION		\$0	\$1,000,000			
SERVICIOS DE VACUNACION		\$0	\$1,000,000			
APOYOS DE DIAGNÓSTICO		\$0	\$1,000,000			



Parte frontal



Parte posterior

¿En caso de que el médico de red me prescriba medicamentos que tengo que hacer?

Si derivado del padecimiento es necesario prescribirte medicamentos, el médico tratante de la red te expedirá el formato, el cual podrás canjearlo por los medicamentos en las farmacias pertenecientes a la red.

Los formatos que vas a recibir serían como estos:

Formato electrónico:

FORMATO DE FARMACIA

MediAccess

PACIENTE: [REDACTED] PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
 CÓD AFILIADO: [REDACTED] PRODUCTO: Plan de Acceso Médico con Asistencia Funeraria
 ELEGIBILIDAD: [REDACTED] EMPRESA: [REDACTED]
 FOLIO: [REDACTED] PYME: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO: [REDACTED] FECHA: 23/10/2020 17:19:21
 ESPECIALIDAD: [REDACTED] CIE-10: H650 COPAGO CLAVE PROVEEDOR 0% [REDACTED]
 CLAVE DEL MÉDICO: [REDACTED]

OPCIONES DE SURTIDO

7501070612955
 7501125179198
 7501064550751
 7501258211888

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: [REDACTED]

Datos Llenados por la Farmacia Fecha surtido: / /
 MONTO \$ No. Unidades: / /
 DESCUENTO \$
 SUBTOTAL \$
 IVA \$
 PRECIO TOTAL \$

CÓDIGO EAN 40219305 AUTORIZACIÓN: 910046181
 FOLIO [REDACTED]

Surtir de acuerdo a la sal.

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente

Firma del Médico Este pase es válido durante los 10 días naturales después de expedido Firma del Paciente

Formato manual:

MediAccess VALE FARMACIA SURTASE EN FARMACIAS DE LA RED

Folio: **G** 23001-1

Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE		
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
No. de Cédula Profesional/especialidad:	Nombre (s):	
Firma del Médico:		
DATOS DEL PACIENTE		
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):

PRESCRIPCIÓN No. 1 (Datos llenados por el Médico)		(Datos llenados por la farmacia)	
No. de autorización del médico (si se requiere)	CÓDIGO CIE-10	Identificación Sucursal	Precio unitario
DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	Nombre del Medicamento	Descuento %	Monto IVA
Presentación (100 mg, 15 ml., 0,5 g., etc.)	Unidades (con letra)	No. Unidades	Código EAN Medicamento
Cantidad por toma	Veces	Fecha de Surtido (día/mes/año)	No. de autorización de la farmacia (si se requiere)
Día	Mes	PRECIO UNITARIO	COPAGO %
Duración Tratamiento	Días	COPAGO \$	RESTA
Meses		ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO	
*Ejemplos nº de tabletas, nº de gotas, nº de cucharaditas, nº de aplicaciones para una crema		Otorgo mi consentimiento para que se usen mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para estos fines.	
Indicaciones Médicas		NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR O PACIENTE	

Declaro bajo protesta de decir la verdad que los medicamentos indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente.

ESTA RECETA ES VÁLIDA DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE SU EXPEDICIÓN.

En caso de prescribir antibióticos este folio deberá acompañarse de la receta particular del médico tratante

Farmacia 1

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después deberás seguir el siguiente proceso:

Ubica las farmacias que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “*Conozca nuestra red de Proveedores,*”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Presenta tu formato, credencial MediAccess e identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial). Recuerda que el formato de medicamentos cuenta con vigencia de 10 días naturales a partir del día de expedición.

¿Qué vigencia tienen los formatos que el médico de red otorga para los servicios derivados de consultas?

Los formatos que otorga el médico tratante de red al asegurado en la consulta son pases de referencia y servicios referidos, estos formatos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición, a excepción del formato para surtir medicamentos el cual tiene una vigencia de 10 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Esta indicación también la puedes observar en la parte inferior de los formatos como se muestra a continuación.

Formatos de servicios referidos:

MediAccess **FORMATO DE LABORATORIO**

PACIENTE: [REDACTED] PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
CÓD AFILIADO: [REDACTED] PRODUCTO: Plan de Seguro Colectivo Básico Plus
ELEGIBILIDAD: [REDACTED] EMPRESA: [REDACTED]
FOLIO: [REDACTED] PYME: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO: [REDACTED] FECHA: 30/10/2020 16:33:26
ESPECIALIDAD: [REDACTED]
CLAVE DEL MÉDICO: [REDACTED]

INDICACIONES MÉDICAS

Datos Llenados por LABORATORIO	
CÓDIGO CPT	[REDACTED]
MONTO TOTAL	\$ [REDACTED]
DESCUENTO	\$ [REDACTED]
SUBTOTAL	\$ [REDACTED]
IVA	\$ [REDACTED]
RET. IVA	\$ [REDACTED]
ISR	\$ [REDACTED]
PRECIO TOTAL	\$ [REDACTED]

Fecha surtido: [REDACTED]
Descripción del Procedimiento: [REDACTED]

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente

Otorgo mi consentimiento para que se utilicen mis datos personales y/o permitas identificación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros para estos fines

Firma del Médico [REDACTED] Este pase es válido durante los 30 días naturales después de expedido Firma del Paciente [REDACTED]

MediAccess **ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO Y SERVICIOS REFERIDOS** Folio: **B** 4763601-2

Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año **Fecha de expedición** Cliente: Ciudad, Estado: Elegibilidad:

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE
 Clave del Médico: Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):
 No. de Cédula Profesional/Especialidad: Especialidad:

DATOS DEL PACIENTE
 No. de beneficiario o credencial: Parentesco: Edad: Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA

Autorización (solo en caso de requerirse):
 Primera vez Subsecuente No. Médico de Cabecera

ATENCIÓN PREVENTIVA
 CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO "D" DE ESTE FORMATO)

Firma del Médico: **MediAccess** Firma de Conformidad del Paciente:
 Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros sólo para éstos fines.

SERVICIOS REFERIDOS 1
 Laboratorio y Gabinete Óptica Otros Apoyos Médicos Observación DD MM AA

Clave Proveedor: Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio Autorización (sólo en caso de requerirse):

DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	IV.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA

ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO **Fecha de expedición** FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE **Legenda de vigencia**

Formatos de farmacias:

MediAccess **FORMATO DE FARMACIA**

PACIENTE: PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
 CÓD AFILIADO: PRODUCTO: Plan de Acceso Médico con Asistencia Funeraria
 ELEGIBILIDAD: EMPRESA:
 FOLIO: PYME:

NOMBRE DEL MÉDICO: **Fecha de expedición**
 ESPECIALIDAD: FECHA: 23/10/2020 17:19:21
 CLAVE DEL MÉDICO: CIE-10: H550

OPCIONES DE SURTIDO
 7501070612955
 7501125179198
 7501064550751
 7501258211888

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:

Surtir de acuerdo a la sal.

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente

Firma del Médico **Este pase es válido durante los 10 días naturales después de expedido** Firma del Paciente **Legenda de vigencia**

Datos Llenados por la Farmacia Fecha surtido: / /
 MONTO \$ No. Unidades: / /
 DESCUENTO \$
 SUBTOTAL \$
 IVA \$
 PRECIO TOTAL \$

CÓDIGO EAN: 40219305
 AUTORIZACIÓN: 9100*46181
 FOLIO



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:		d, Estado:		Elegibilidad:			
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE										
Clave del Médico:		Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		
No. de Cédula Profesional/especialidad:							Firma del Médico:			
DATOS DEL PACIENTE										
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:			Apellido Materno:		Nombre (s):	

PRESCRIPCIÓN No. 1 (Datos llenados por el Médico)

No. de autorización del médico (si se requiere)

CÓDIGO CIE 10 DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO

Nombre del Medicamento

Presentación (100 mg, 15 ml., 0,5 g., etc.) Unidades (con letra)

Cantidad por toma Veces Día Mes Duración Tratamiento Días Meses

*Ejemplos nº de tabletas, nº de gotas, nº de cucharaditas, nº de aplicaciones para una crema

Indicaciones Médicas

Declaro bajo protesta de decir la verdad que los medicamentos indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente.

(Datos llenados por la farmacia)

Identificación Sucursal Precio unitario Descuento 96 Monto IVA

No. Unidades Código EAN Medicamento

Fecha de Surtido (día/mes/año) No. de autorización de la farmacia (si se requiere)

PRECIO UNITARIO COPAGO 96 COPAGO \$ RESTA

ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO

Anexar ticket de venta

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR O PACIENTE

ESTA RECETA ES VALIDA DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUES DE SU EXPEDICIÓN.

Leyenda de vigencia

En caso de prescribir antibióticos este folio deberá acompañarse de la receta particular del médico tratante

Farmacia 1

¿Cómo puedo hacer uso de mi cobertura de vacunas?

Para el uso de esta cobertura deberás agendar primero una consulta con un médico tratante de la red, quién te apoyará con la solicitud de vacunas y te concertará una nueva cita para la aplicación de las mismas.

Hacemos de tu conocimiento que las vacunas cubiertas son aquellas descritas en la cartilla nacional de vacunación.

Para poder agendar una consulta llama con al menos 24 horas de anticipación al Centro de Atención Telefónica:

55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial.

¿Cómo puedo agendar una consulta con un dentista?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar la tu carátula de tu póliza y/o certificado individual y verificar que está cubierta como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2

SIASS-FRT-OPB-EMI-CP-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
Póliza No.	Tu número de póliza	Agente			
Solicitud No.		Nombre			
NOMBRE DEL CONTRATANTE					
IDENTIFICACION MEDICINA SA DE CV					
IDENTIFICACION NO. 1					
Asegurado	LUI FERNANDO JIMENEZ TORRES			Ramo	SAUD
Número de Afiliado	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Antigüedad
10000	LUI FERNANDO JIMENEZ TORRES	M	10/05/1980	10/05/2019	10/05/2019
10000	LAIWA GUTIERREZ MARTIN	F	10/05/1980	10/05/2019	10/05/2019
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE LA PÓLIZA					
Vigencia	Desde las 00:00 del día 01 de septiembre del 2019 Hasta las 24:00 del día 31 de agosto del 2020				
	Plan				Suma Asegurada
	SEGURO DE SALUD COLECTIVO PRIMEACCESS				100,000.00
Coberturas Incluidas		Copago	Suma Asegurada		
CUBIERTA DE PRIMER CONTACTO		0%	CUBIERTA		
CUBIERTA DE ESPECIALIDADES		0%	CUBIERTA		
SERVICIOS DE DIAGNOSTICO		0%	CUBIERTA		
MEDICAMENTOS		0%	CUBIERTA		
FISIOTERAPIA Y REHABILITACION		0%	CUBIERTA		
ODONTOLOGIA		20%	CUBIERTA		
SERVICIOS MEDICOS EN HOSPITALIZACION		0%	CUBIERTA		
SERVICIOS DE URGENCIAS		0%	CUBIERTA		
SERVICIOS MEDICOS TELEFONICOS		0%	CUBIERTA		
SERVICIOS MEDICOS		0%	CUBIERTA		

En caso de que no esté contratada en tu carátula de póliza y/o certificado individual no aparecerá como cobertura incluida y los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta.

Si no contarás con la carátula de tu póliza y/o certificado individual puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

Agenda tu cita con al menos 24 horas de anticipación al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial MediAccess.

Debes presentarte con 15 minutos de anticipación a la hora de la cita programada, llevar tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía, con excepción de menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial.

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EM-CCP-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA						
Póliza No.	Tu número de póliza	Agente				
Solicitud No.		Nombre	MEDICINA DE SEGURIDAD AGENTE			
NOMBRE DEL CONTRATANTE						
MEDICINA DE SEGURIDAD AGENTE SA DE CV						
CERTIFICADO NO. 1						
Asegurado	Luis Fernando Jimenez Torres			Ramo SALUD		
Número de Afiliado	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Antigüedad	
10000	Luis Fernando Jimenez Torres	M	10/01/1970	10/01/2019	10/01/2019	
10000	Laura Gutierrez Martinez	F	10/01/1970	10/01/2019	10/01/2019	
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE LA PÓLIZA						
Vigencia	Desde las 00:00 del día 31 de septiembre del 2019 Hasta las 24:00 del día 31 de agosto del 2020					
Plan					Suma Asegurada	
SEGURO DE SALUD COLECTIVO PRIMEACCESS					500,000.00	
Coberturas Incluidas		Copago	Suma Asegurada			
CONSULTA DE PRIMER CONTACTO		\$0	CUBIERTA			
CONSULTA DE SEGURO CONTACTO		\$0	CUBIERTA			
SERVICIOS DE DIAGNOSTICO		\$0	CUBIERTA			
MEDICAMENTOS		\$0	CUBIERTA			
FISIOTERAPIA Y MANIPULACION		\$0	SERVICIOS POR AFILIADO			
ODONTOLOGIA		20%	CUBIERTA			
SERVICIOS MEDICOS EN HOSPITALIZACION		20%	CUBIERTA			
SERVICIOS DE VACUNACION		\$0	CUBIERTA			
SERVICIOS MEDICOS TELEFONICOS		\$0	CUBIERTA			
SERVICIOS MEDICOS		\$0	CUBIERTA			

¿Qué debo hacer en caso de requerir utilizar la cobertura de ayuda de lentes?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar la carátula de tu póliza y/o certificado individual y verificar que está cubierta como se muestra en el siguiente ejemplo:

Página 1 de 3 MASS-FRT-OPE-EM-CCP-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA						
Póliza No.	Tu número de póliza	Agente				
Solicitud No.		Nombre	SUPERINTENDENCIA AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZAS SA DE CV			
NOMBRE DEL CONTRATANTE						
PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS SA DE CV						
CERTIFICADO NO. 3						
Asegurado	DANIEL BORDO TALE			Ramo SALUD		
Número de Afiliado	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Antigüedad	
10000	Daniel Bordo Tale	M	10/01/1970	10/01/2019	10/01/2019	
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE LA PÓLIZA						
Vigencia	Desde las 00:00 del día 31 de septiembre del 2019 Hasta las 24:00 del día 31 de agosto del 2020					
Plan					Suma Asegurada	
SEGURO DE SALUD COLECTIVO PRIMEACCESS					500,000.00	
Coberturas Incluidas		Copago	Suma Asegurada			
CONSULTA DE PRIMER CONTACTO		\$0	CUBIERTA			
CONSULTA DE SEGURO CONTACTO		\$0	CUBIERTA			
FISIOTERAPIA Y MANIPULACION		\$0	CUBIERTA			
SERVICIOS DE DIAGNOSTICO		20%	CUBIERTA			
MEDICAMENTOS		20%	CUBIERTA			
ATENCIÓN DENTAL		20%	CUBIERTA			
HOSPITALIZACION		\$000	EL COPAGO APLICA POR DIA CON TIPO DE 10 DIAS			
AYUDA DE LENTES		\$0	\$1,200.00			
SERVICIO DE LENTE		\$0	\$1,000.00			
CONSULTA MEDICA DE URGENCIA		\$000	\$1,000 POR SUJETO			
ASISTENCIA POR URGENCIA DENTAL		\$000	\$1,000 POR SUJETO			

En caso de que no esté contratada en tu carátula de póliza y/o certificado individual no aparecerá como cobertura incluida y, los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta.

Si no contarás con la carátula de tu póliza y/o certificado individual puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

Si tu oftalmólogo tratante de la Red de Prestadores de Servicios te prescribe algún tipo de lentes, dirígete a la óptica de la Red de Prestadores de Servicios que puedes consultar en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “*Conozca nuestra red de Proveedores*”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

a fin de utilizar tu cobertura.

Una vez que te encuentres en la óptica de la Red de prestadores de Servicios, solicítale que llamen al Centro de Atención Telefónica MediAccess para tramitar la autorización y monto de esta cobertura. En caso de existir alguna diferencia entre el costo de los lentes que tu elijas y la suma asegurada cubierta, deberás liquidarla en ese momento directamente a la óptica.

Esto sólo aplica para anteojos graduados. No incluye lentes de contacto ni lentes para Sol.

¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia médica real que no requiera hospitalización?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar la carátula de tu póliza y/o certificado individual y verificar que está cubierta como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPB-ENR-CCP-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA						
Póliza No.	Tu número de póliza		Agente			
Solicitud No.	14070		Nombre	MEDICIONES SEGURIDAD AGENTE		
NOMBRE DEL CONTRATANTE						
MEDICIONES SEGURIDAD SA DE CV						
CERTIFICADO NO. 1						
Asegurado	Luis Fernando Jimenez Torres			Ramo	SALUD	
Número de Afiliado	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Antigüedad	
00010	Luis Fernando Jimenez Torres	M	20/01/1980	01/01/2010	01/01/2010	
00000	Laura Gutierrez Torres	F	10/01/1980	01/01/2010	01/01/2010	
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE LA PÓLIZA						
Vigencia	Desde las 00:00 del día 01 de septiembre del 2010 hasta las 23:59 del día 31 de agosto del 2010					
	Plan	SEGURO DE SALUD COLECTIVO PRIMEACCESS				Suma Asegurada
						200,000.00
Coberturas Incluidas		Copago	Suma Asegurada			
CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO		\$0	CUBIERTA			
CONSULTAS DE ESPECIALIDAD		\$0	CUBIERTA			
SERVICIOS DE LABORATORIO		\$0	CUBIERTA			
MEDICAMENTOS		\$0	CUBIERTA			
FISIOTERAPIA Y ANALGESIA		\$0	SERVICIOS POR AÑO			
DENTISTORIA		20%	CUBIERTA			
URGENCIA MEDICA SIN HOSPITALIZACION		20%	CUBIERTA			
SERVICIOS DE VACACIONES		\$0	CUBIERTA			
SERVICIOS DE ATENCION TELEFONICA		\$0	CUBIERTA			
SERVICIOS DE ATENCION TELEFONICA		\$0	CUBIERTA			

En caso de que no esté contratada en tu carátula de póliza y/o certificado individual no aparecerá como cobertura incluida y los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta.

Si no contaras con la carátula de tu póliza y/o certificado individual puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

Para que tu cobertura sea efectiva, es indispensable que seas atendido por el médico del rol de urgencias que se encuentre atendiendo en el área de urgencias del hospital al momento del evento o bien por un médico de la Red de Prestadores de Servicios. Ellos te brindarán la atención necesaria, para lo cual deberás llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55)-9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
 (800)-681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

MediAccess determinará si tu evento es autorizado, en cuyo caso deberás cubrir el copago por urgencia médica al salir del hospital, el copago viene indicado en tu certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2

8885-FRT-0PE-EBI-CCP-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA						
Póliza No.	Tu número de póliza	Agente				
Solicitud No.		Nombre				
NOMBRE DEL CONTRATANTE						
NOMBRE DEL CONTRATANTE SA DE CV						
IDENTIFICACION NO. 1						
Asegurado	Luis Fernando Alvarez Torres			Ramo SALUD		
Número de Afiliado	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Antigüedad	
00001	Luis Fernando Alvarez Torres	M	01/01/1980	01/01/2010	01/01/2010	
00002	Laura Alvarez Torres	F	01/01/1985	01/01/2010	01/01/2010	
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE LA PÓLIZA						
Vigencia	Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010					
Plan						Suma Asegurada
OPERA MEDICINA SA DE CV	SEGURO DE SALUD COLECTIVO PRIMEACCESS					100,000.00
Coberturas Incluidas	Copago	Suma Asegurada				
CONSULTA TIPO DE PRIMER CONTACTO	00	CUBIERTA				
CONSULTA TIPO DE ESPECIALIDAD	00	CUBIERTA				
SERVICIO DE DIAGNOSTICO	00	CUBIERTA				
RECETAMIENTOS	00	CUBIERTA				
PROCTORIAS Y ANALIZADORIAS	00	SEGURO POR AÑO				
IDENTIFICACION	00	CUBIERTA				
URGENCIA MEDICA SIN HOSPITALIZACION	20%	CUBIERTA				
SERVICIO DE VACACIONES	00	CUBIERTA				
CONSULTACION MEDICA TELEFONICA	00	CUBIERTA				
RENTA DE SERVICIOS MEDICOS	00	CUBIERTA				

Si los gastos correspondientes a la urgencia médica real exceden el límite de la suma asegurada para esta cobertura de tu póliza, los gastos excedentes deberás pagarlos directamente al hospital.

Recuerda que las consultas y tratamientos posteriores a la atención de urgencia no formarán parte de esta cobertura, por lo que es importante que continúes tu atención con médicos de la Red de Prestadores de Servicios.

Si a consecuencia de la urgencia médica real requieres hospitalización, los cargos por este concepto correrán por tu cuenta.

¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia que requiera hospitalización?

Si a consecuencia de la urgencia requieres hospitalización, los cargos por este concepto correrán por tu cuenta, debido a que este producto no cuenta con dicha cobertura.

¿Quedan cubiertos los padecimientos preexistentes en mi póliza de seguro?

No, los padecimientos preexistentes son una exclusión de este producto.

¿Qué pasa si por falta de disponibilidad de Red, el Centro de Atención Telefónica de MediAccess me indica que debo recibir servicios médicos con un proveedor que no pertenece a la Red de prestadores de servicios de la Aseguradora?

En caso de que no haya disponibilidad de Red y requieras hacer uso de alguna cobertura, una vez recibido el servicio con el proveedor fuera de la red deberás comunicarte al Centro de Atención Telefónica MediAccess para solicitar información sobre el procedimiento a seguir para tramitar el reembolso correspondiente.

¿Qué pasa si decido atenderme con un proveedor fuera de Red?

Cuando decidas usar el servicio médico fuera de Red para alguna atención médica cubierta por tu póliza de seguros y esta reclamación se ingrese mediante reembolso, deberás seguir el siguiente proceso:

Contacta a tu agente de ventas, o manda un correo electrónico a la siguiente dirección: servicioclientes@mediaccess.com.mx ; o si lo prefieres puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0341 desde el Interior de la República Lada sin costo,

donde te indicarán el proceso a seguir.

Sólo se reembolsarán los honorarios de médicos que cuenten con cédula profesional.

Es importante notificarte que MediAccess Seguros de Salud aplicará el 50% de participación adicional al contratado.

En caso de que se trate de una emergencia médica real, MediAccess Seguros de Salud aplicará el 25% de participación adicional al contratado.

La Compañía determinará si los gastos procedentes erogados por padecimientos cubiertos corresponden a una urgencia médica real de acuerdo con las definiciones de tu póliza de seguros. En caso de que los gastos procedentes no hayan sido originados por una urgencia médica real, se reembolsarán aplicando el copago adicional indicado en el caso de una atención médica de no urgencia, aun cuando la atención se haya realizado en el área de urgencias de un hospital.

Para más información, consulta la cláusula “*Reembolso*” de tus condiciones generales en los apartados.

Coberturas

Coberturas	Suma Asegurada	Bronce			Plata			Oro		
		Copagos								
Consultas médicas (primer y segundo contacto)	Ilimitadas	\$300								
Medicamentos	Según la contratada	A elegir entre 20%, 30%, 40% y 50%								
Apoyos de diagnóstico		10%								
Urgencia médica		10%								
Hospitalización		A elegir entre*			A elegir entre*			A elegir entre*		
Maternidad	\$40,000 \$75,000 \$100,000	\$8,000	\$11,000	\$15,000	\$9,000	\$12,000	\$15,000	\$11,000	\$15,000	\$20,000
		\$20,000	\$30,000	\$50,000	\$20,000	\$30,000	\$50,000	\$30,000	\$50,000	
Servicio de ambulancia		Un servicio al año por urgencia médica real								
Emergencia en el Extranjero	US \$300,000	US \$50								
Otras coberturas	Condiciones									
Odontología	Cobertura ofertada a través de Dentegra y con límite de \$10,000									
Prótesis, endoprótesis y osteosíntesis	Suma Asegurada por 60 UMAM mensual**									
Oxígeno	24 semanas al año									
Cámara hiperbárica	10 sesiones al año									

¿Cómo hacer uso de las coberturas contratadas?

¿Cómo puedo agendar una consulta?

Para agendar una consulta:

Llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

Con al menos 24 horas de anticipación, donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial MediAccess.

¿A qué se refiere consulta de primer contacto y consulta de especialidad?

Las consultas de primer contacto son aquellas orientadas a detectar y/o atender aquellos síntomas o padecimientos que afectan comúnmente a la población.

Dentro de las consultas de primer contacto se encuentran: Medicina general y/o familiar, medicina interna, pediatría, oftalmología, ginecología y obstetricia.

Las consultas de especialidad son todas aquellas consultas que son de alguna especialidad diferente a las indicadas en primer contacto.

En caso de que el médico tratante de primer contacto perteneciente a la red de prestadores considere que se requiere de una atención especializada, este te referirá a una consulta con un

médico de especialidad para tu atención, y extenderá un formato con autorización para tres consultas con el especialista para que puedas acudir.

El formato que te van a entregar será como el que se muestra en el siguiente ejemplo:

		ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO Y SERVICIOS REFERIDOS		Folio: B		4763601-2				
Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.										
Fecha Consulta: Día Mes Año		Cliente:			Ciudad, Estado:			Elegibilidad:		
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE										
Clave del Médico:		Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		
No. de Cédula Profesional/especialidad:					Especialidad:					
DATOS DEL PACIENTE										
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:			Apellido Materno:		Nombre (s):	
PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO										
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE	
PRINCIPAL										
PRECIO UNITARIO		COPAGO %			COPAGO \$			RESTA		
SECUNDARIO 2										
PRECIO UNITARIO		COPAGO %			COPAGO \$			RESTA		
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez		Subsecuente No. _____		Médico de Cabecera		ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TANTO" DE ESTE FORMATO.)		
Firma del Médico:				Firma de Conformidad del Paciente:		Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.				
Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente										
SERVICIOS REFERIDOS 1										
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación							DD	MM	AA	
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio					Autorización (sólo en caso de requerirse):			
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO		CÓDIGO CPT 4			PRECIO UNITARIO	IV.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
ESTE PASE ES VALIDO DURANTE LOS 30 DIAS NATURALES DESPUES DE EXPEDIDO					FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE					

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

¿Qué documentos debo presentar el día de mi consulta?

Debes presentarte con 15 minutos de anticipación a la hora de la cita programada, llevar tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía, con excepción de menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial. En caso de que asistas a una consulta de especialidad,

además de presentar tu credencial MediAccess y una identificación oficial también deberás presentar el pase de referencia expedido por tu médico tratante de primer contacto.

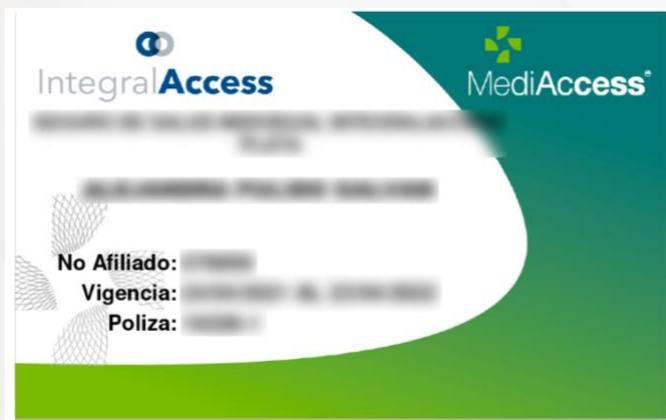
Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

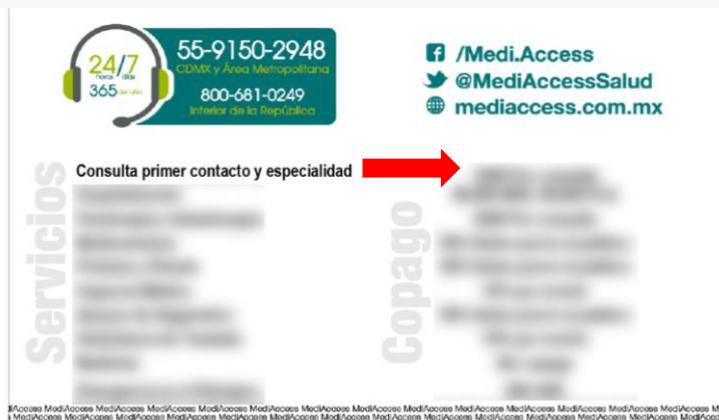
Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:			
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA	Desde las 00:00 del día 01 de junio del 2020		Hasta las 24:00 del día 31 de junio del 2021		
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce				
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
CONSULTA DE PRIMER CONTACTO					
CONSULTA DE ESPECIALIDAD					



Parte frontal



Parte posterior

¿Cómo puedo cancelar una cita?

Para cancelar una cita oportunamente llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess preferentemente con al menos 24 horas de anticipación:
(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

Es importante que canceles tu cita a tiempo en caso de no poder asistir en el día programado ya que el espacio que tú liberas puede ser ocupado por alguien más.

¿Cómo hago uso de la cobertura “*Medicina Preventiva*” contratada en mi póliza?

Para hacer uso de esta cobertura deberás agendar una consulta con un médico tratante perteneciente a la red para que te realice una valoración médica y en caso de ser necesario, te prescribirá algún estudio de laboratorio y/o gabinete.

Para agendar una consulta, llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

con al menos 24 horas de anticipación donde se te informará la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios ten a la mano tu credencial MediAccess.

¿En caso de que el médico de red me prescriba medicamentos que tengo que hacer?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar la carátula de tu póliza y verificar que está cubierta como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR				
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:		
SOLICITUD NO.		NOMBRE:	PATRICIA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ	
FECHA DE EMISION:				
NOMBRE CONTRATANTE		RFC		
DOMICILIO				
NOMBRE TITULAR		RAMO		
DATOS DE LOS ASEGURADOS				
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA				
VIGENCIA	Desde el 01/01/2021 hasta el 31/12/2021			
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce			
SUMA ASEGURADA				
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA	
CUBIERTA POR EL PLAN		0%	COPAGO	
CUBIERTA POR EL ASEGURADO		0%	COPAGO	
MEDICAMENTOS		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE EMERGENCIAS		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE ESPECIALIDAD		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE CONSULTA		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE LABORATORIO		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE GABINETE		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE FISIOTERAPIA		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE PSICOLOGÍA		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE NEURORREHABILITACIÓN		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE ODONTOLÓGICOS		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE OPTOMETRÍA		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE FISIOTERAPIA		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE PSICOLOGÍA		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE NEURORREHABILITACIÓN		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE ODONTOLÓGICOS		0%	COPAGO	
SERVICIOS DE OPTOMETRÍA		0%	COPAGO	

En caso de que no esté contratada en tu carátula de póliza no aparecerá como cobertura incluida y, los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta.

Si no contaras con la carátula de tu póliza puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si derivado del padecimiento es necesario prescribirte medicamentos, el médico tratante de la red te expedirá el formato el cual podrás canjearlo por los medicamentos en las farmacias pertenecientes a la red..

Los formatos que vas a recibir serían como estos:

Formato electrónico:

FORMATO DE FARMACIA

PACIENTE: [REDACTED] PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
 CÓD AFILIADO: [REDACTED] PRODUCTO: Plan de Acceso Médico con Asistencia Funeraria
 ELEGIBILIDAD: [REDACTED] EMPRESA: [REDACTED]
 FOLIO: [REDACTED] PYME: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO: [REDACTED] FECHA: 23/10/2020 17:19:21
 ESPECIALIDAD: [REDACTED] CIE-10: H850 COPAGO CLAVE PROVEEDOR 0% [REDACTED]
 CLAVE DEL MÉDICO: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: [REDACTED]

Opciones de surtido:
 7501070612955
 7501125179198
 750106450751
 7501258211888

Datos Llenados por la Farmacia: MONTO \$ [REDACTED], DESCUENTO \$ [REDACTED], SUBTOTAL \$ [REDACTED], IVA \$ [REDACTED], PRECIO TOTAL \$ [REDACTED]
 Fecha surtido: [REDACTED] No. Unidades: [REDACTED]

CÓDIGO EAN: 40219305 AUTORIZACIÓN: 9100*46181
 FOLIO: [REDACTED]

Surtir de acuerdo a la sal.

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente
 Firma del Médico: [REDACTED] Este pase es válido durante los 10 días naturales después de expedido
 Firma del Paciente: [REDACTED]

Formato manual:

VALE FARMACIA
 SURTASE EN FARMACIAS DE LA RED

Folio: **G** 23001-1

Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE			
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
No. de Cédula Profesional/especialidad:	Firma del Médico:		
DATOS DEL PACIENTE			
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

PRESCRIPCIÓN No. 1 (Datos llenados por el Médico)

No. de autorización del médico (si se requiere) [REDACTED]
 CÓDIGO CIE 10 [REDACTED] DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO [REDACTED]
 Nombre del Medicamento [REDACTED]
 Presentación (100 mg, 15 ml., 0,5 g., etc.) [REDACTED] Unidades (con letra) [REDACTED]
 Cantidad por toma [REDACTED] Veces [REDACTED] Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Duración Tratamiento [REDACTED] Días [REDACTED] Meses [REDACTED]
 *Ejemplos nº de tabletas, nº de gotas, nº de cucharaditas, nº de aplicaciones para una crema
 Indicaciones Médicas [REDACTED]
 Declaro bajo protesta de decir la verdad que los medicamentos indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente.

(Datos llenados por la farmacia)

Identificación Sucursal [REDACTED] Precio unitario [REDACTED] Descuento % [REDACTED] Monto IVA [REDACTED]
 No. Unidades [REDACTED] Código EAN Medicamento [REDACTED]
 Fecha de Surtido (día/mes/año) [REDACTED] No. de autorización de la farmacia (si se requiere) [REDACTED] **Anexar ticket de venta**
 PRECIO UNITARIO [REDACTED] COPAGO % [REDACTED] COPAGO \$ [REDACTED] RESTA [REDACTED]
 ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO
 Otorgo mi consentimiento para que se usen mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.
 NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR O PACIENTE [REDACTED]

ESTA RECETA ES VÁLIDA DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE SU EXPEDICIÓN.
 En caso de prescribir antibióticos este folio deberá acompañarse de la receta particular del médico tratante

Farmacia 1

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después, deberás seguir el siguiente proceso:

Ubica las farmacias que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “*Conozca nuestra red de Proveedores*”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

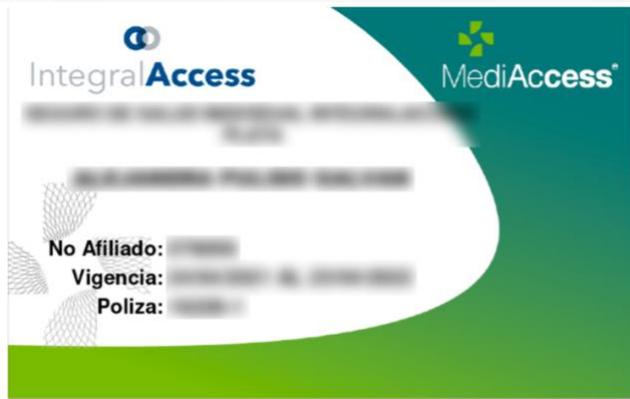
Presenta tu formato, credencial MediAccess e identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial). Recuerda que el formato de medicamentos cuenta con vigencia de 10 días naturales a partir del día de expedición.

Una vez recibidos los medicamentos deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR				
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza		AGENTE:	
SOLICITUD NO.			NOMBRE:	TERESA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ
FECHA DE EMISION:				
NOMBRE CONTRATANTE			RFC	
JUAN DE LOS RIOS GARCIA SANCHEZ			ABCDEF-1234	
DOMICILIO				
CALLE DE LA REVOLUCION NOROCCIDENTAL, CUADRO DE MEXICO, SUBURBIO A MANERA DE CIUDAD, CP 07000				
NOMBRE TITULAR			RAMO	
JOSE MARIA GARCIA JIMENEZ			SA-100	
DATOS DE LOS ASEGURADOS				
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	FECHA SEXO NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
12345	JOSE MARIA GARCIA JIMENEZ	M 10/10/1980	01/01/2010	\$10,000.00
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA				
VIGENCIA	Desde el 01/01/2010 al 31/12/2010			
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce			
SUMA ASEGURADA	10,000,000.00			
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA	
CUBIERTA EN SU ENTIDAD		0%	10,000,000.00	
CUBIERTA EN SU ESPECIALIDAD		0%	10,000,000.00	
HOSPITALIZACIÓN		0%	10,000,000.00	
HOSPITALIZACIÓN ESPECIAL		0%	10,000,000.00	
MEDICAMENTOS		0%	10,000,000.00	
SERVICIOS DE LABORATORIO		0%	10,000,000.00	
PRONTO ATENCIÓN, EMERGENCIAS Y DESPLAZAMIENTOS		0%	10,000,000.00	
SERVICIOS DE SALUD		0%	10,000,000.00	
HABILITACIÓN DE TRABAJO		0%	10,000,000.00	



Parte frontal



Parte posterior

¿Qué vigencia tienen los formatos que el médico de red otorga para los servicios derivados de consultas?

Los formatos que otorga el médico tratante de red al asegurado en la consulta son pases de referencia y servicios referidos, estos formatos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición, a excepción del formato para surtir medicamentos el cual tiene una vigencia de 10 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Esta indicación también la puedes observar en la parte inferior de los formatos como se muestra a continuación.

Formatos de servicios referidos:



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Ciudad, Estado:	Elegibilidad:
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">  Fecha de expedición </div>				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):	
No. de Cédula Profesional/especialidad:	Especialidad:			
DATOS DEL PACIENTE				
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:	Apellido Materno: Nombre (s):

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA <small>CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO "D" DE ESTE FORMATO.)</small>			
		Subsecuente No. _____				
		Médico de Cabecera				
Firma del Médico:			Firma de Conformidad del Paciente:			

Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros sólo para éstos fines.

SERVICIOS REFERIDOS 1						
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos <input type="radio"/> Observación						DD MM AA
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio				Autorización (sólo en caso de requerirse):	
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$ RESTA
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO </div>		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">  Leyenda de vigencia </div>				

MAC-1502-CC0002

¿En caso de que el médico de red me prescriba estudios de laboratorio y/o gabinete, que tengo que hacer?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar la carátula de tu póliza y verificar que está cubierta.

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:	TERESA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ		
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA					
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce				
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA			
APOYOS DE DIAGNÓSTICO					

En caso de que no esté contratada en tu carátula de la póliza no aparecerá como cobertura incluida y los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta.

Si no cuentas con la carátula de tu póliza puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si derivado del padecimiento, es necesario hacer uso del servicio de laboratorio y/o gabinete, el médico tratante de red te expedirá un formato con el que deberás acudir a realizarte los estudios.

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Los formatos que vas a recibir serían como estos:



ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO Y SERVICIOS REFERIDOS

Folio: B



4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:			Ciudad, Estado:			Elegibilidad:			
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE												
Clave del Médico:			Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):			
No. de Cédula Profesional/especialidad:						Especialidad:						
DATOS DEL PACIENTE												
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez Subsecuente No. _____		ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TANTO" "D" DE ESTE FORMATO)		
Firma del Médico:		 <small>Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente</small>		Firma de Conformidad del Paciente: <small>Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.</small>		

SERVICIOS REFERIDOS 1							
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos <input type="radio"/> Observación					DD	MM	AA
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio			Autorización (sólo en caso de requerirse):		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO		FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE					

1502-CC00002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después, deberás seguir el siguiente proceso:

Ubica los proveedores que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección "Conozca nuestra red de Proveedores", o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess: (55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana (800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Una vez elegido el proveedor de tu elección, llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess para concertar tu cita (día y hora).

Es importante que te comuniques con el proveedor para conocer las condiciones particulares bajo las cuales debes acudir al momento de tu cita para poder realizarte el estudio de manera oportuna.

Al acudir a realizarte el estudio presenta tu formato, original y copia de tu credencial MediAccess e identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CP1-000

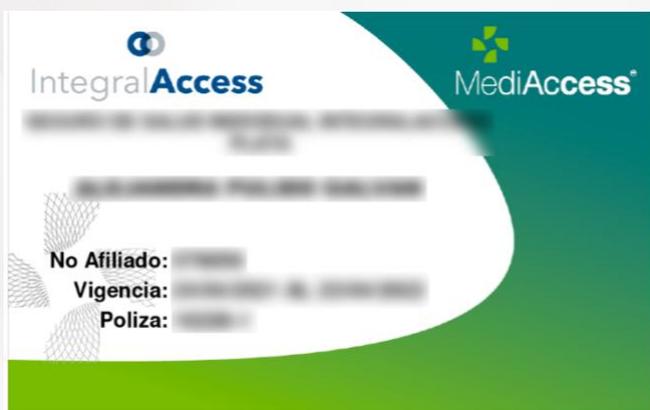
PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR	
PÓLIZA NO. Tu número de póliza	AGENTE:
SOLICITUD NO.	NOMBRE: ESTRELLA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ
FECHA DE EMISION:	

NOMBRE CONTRATANTE	RFC
DOMICILIO	
NOMBRE TITULAR	RAMO

DATOS DE LOS ASEGURADOS				
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD

DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA	
VIGENCIA	
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce
SUMA ASEGURADA	

COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA
CONSULTA TERAPEUTICA		
CONSULTA TERAPEUTICA ESPECIALIZADA		
EXAMENES DE LABORATORIO		
EXAMENES DE RADIOLOGIA		
EXAMENES DE DIAGNOSTICO		
APOYOS DE DIAGNÓSTICO		



Parte frontal



Parte posterior

¿Cómo hago uso de la cobertura “Servicios de Terapia” contratada en mi póliza?

Si derivado del padecimiento, es necesario hacer uso de servicios de terapia, el médico tratante de la red te expedirá el formato con el cual tendrás acceso al servicio.

El formato que recibirás será como el siguiente:

Fecha Consulta:		Cliente:		Ciudad, Estado:		Elegibilidad:			
Día	Mes	Año							
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE									
Clave del Médico:		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombre (s):			
No. de Cédula Profesional/especialidad:					Especialidad:				
DATOS DEL PACIENTE									
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombre (s):	
PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO									
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE	
PRINCIPAL									
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA			
SECUNDARIO 2									
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA			
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez		ATENCIÓN PREVENTIVA					
		Subsecuente No. _____		CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA					
		Médico de Cabecera		(PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO "D" DE ESTE FORMATO.)					
Firma del Médico:				Firma de Conformidad del Paciente:					
				Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.					
Dedo bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente									
SERVICIOS REFERIDOS 1									
<input type="checkbox"/> Laboratorio y Gabinete <input type="checkbox"/> Óptica <input type="checkbox"/> Otros Apoyos Médicos Observación							DD	MM	AA
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio					Autorización (sólo en caso de requerirse):		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4			PRECIO UNITARIO	IV.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO				FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE					

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Cuando el médico tratante de la red te entregue el pase de referencia para terapias llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
 (800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

con al menos 24 horas de anticipación donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios para concertar tu cita para las terapias de rehabilitación, ten a la mano tu credencial vigente MediAccess.

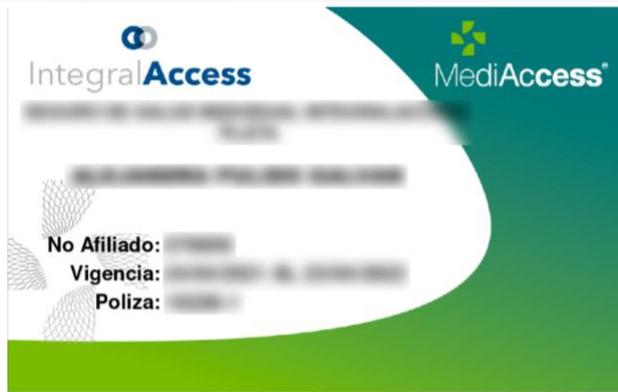
Después deberás presentarte con 15 minutos de anticipación a la hora de la cita programada, llevar tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía, con excepción de menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial y deberás presentar el pase de referencia expedido.

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:	FRT-0000		
SOLICITUD NO.	1000	NOMBRE:	TERESA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ		
FECHA DE EMISION:	17/06/2020				
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
JIMENEZ YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ			ALB034171800		
DOMICILIO					
CALLE 100 LINDALFETA NORTE, CIUDAD DE MEXICO, GUATEMALA A NUESTRO C. P. 07000					
NOMBRE TITULAR				RAMO	
JIMENEZ YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ				00000	
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
100001	JIMENEZ YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ	F	17/06/2020	06/2020	\$12,175.00
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA	Desde las 00:00 del día 02 de junio del 2020		Hasta las 24:00 del día 01 de junio del 2021		
PLAN	SEGURO DE SALUD INTEGRAL-0020 Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce				
SUMA ASEGURADA	500,000.00				
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
CUBIERTA TASA DE PRIMAS COMPLETA		0.00	CUBIERTA		
CUBIERTA TA DE ESPECIALIDADES		0.00	CUBIERTA		
HOSPITALIZACIÓN		0.00	\$10,000.00		
CUBIERTA TA DE ESPECIALIDADES		\$0.00	CUBIERTA		
MEDICAMENTOS		0.00	CUBIERTA		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO		0.00	CUBIERTA		
PRONÓSTIC, ENDOSCOPIAS Y CATETERIZACIONES		0.00	\$0.00		
URGENCIAS MÉDICA		0.00	CUBIERTA		
HABILITACIÓN DE TRÁNSITO		0.00	CUBIERTA		
CUBIERTA HOSPITALARIA		0.00	10 SEÑALES POR AÑO		
EMERGENCIAS EN EL EXTRANJERO		\$0.00	\$0.00 USD		
PROGRAMA DE VACUNACIÓN		\$0	CUBIERTA		
FISIOTERAPIA E INHALOTERAPIA		\$0.00	30 SEÑALES POR AÑO		
MEDICINA		\$0	CUBIERTA		
CONSULTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA		\$0	CUBIERTA		
SUBSIDIO DE CUIDADO		\$0.00	24 SEÑALES		
SERVICIO ODONTOLÓGICO Y OTORRINOLINGÜÍSTICO		\$0.00	\$0.00 USD		
SERVICIOS DE TERAPIA		\$0.00	30 SEÑALES CON 1 TURNO POR AÑO		



Parte frontal



Parte posterior

¿Qué tengo que hacer en caso de que ingrese a un hospital por una urgencia médica real?

Deberás seguir el siguiente proceso:

Para que tu atención sea más rápida y eficiente en caso de presentarse alguna urgencia médica real, te recomendamos visitar frecuentemente la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “*Conozca nuestra red de Proveedores*”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55)-9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800)-681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

para conocer y ubicar los hospitales que forman parte de la Red de Prestadores de Servicios.

De esta forma si se presenta una urgencia médica real podrás acudir directamente al área de urgencias de los hospitales más cercanos que correspondan con el plan que hayas contratado.

Una vez en urgencias presenta tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial), para que tu ingreso por urgencia médica real sea reportado al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia que requiera hospitalización?

Si derivado de la urgencia médica requieres ser hospitalizado, el médico tratante te dará la indicación y después deberás llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

para informar que te están indicando que serás hospitalizado, posteriormente deberás acudir al área de admisión hospitalaria para que realicen el proceso de internamiento.

¿Qué debo hacer en caso de que me informen que requiero ser hospitalizado?

En caso de que requieras ser hospitalizado, esto será programado por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y será quien envíe todos los documentos y estudios que se requieran al área de programación correspondiente. Además, deberás llenar el siguiente formato:



Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901-B
Col. Jardines del Pedregal, del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX.

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.
- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

<input type="checkbox"/> REEMBOLSO	<input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> PAGO - DIRECTO
<input type="checkbox"/> TIPO DE RECLAMACIÓN	<input type="checkbox"/> EMBARAZO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE		

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE		NO. DE PÓLIZA	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		R.F.C. O C.U.R.P.	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO		R.F.C. O C.U.R.P.	
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO	FECHA DE ALTA	NACIONALIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO CON EL TITULAR	CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO / CALLE		NO EXTERIOR	NO INTERIOR
C.P.		DELEGACIÓN	OCUPACIÓN & PROFESIÓN
ESTADO		LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA	GIRO DE LA EMPRESA
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE NO. DE SINISTRO			
COMPañÍA		No. PÓLIZA	
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		COMPañÍA	
TIPO DE RECLAMACIÓN <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA. INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ			
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD			
FECHA EN QUE FUISTE POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD			
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN			
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE?			
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO)			
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	
COBERTURA		ASEGURADA	NO. DE PÓLIZA
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO		ESTUVO HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DÍAS DE ESTANCIA
¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO?			
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE		ESPECIALIDAD	
DIRECCIÓN		TEL. Y/O E-MAIL	
¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?		CAUSA Y FECHA	
		TEL. Y/O E-MAIL	

DOCUMENTOS PRESENTAR:

- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC).
- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE OBLIGAN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.

NOTA:
AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, AUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, ASÍ COMO QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECTOR MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA. ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CEBERACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASU VEZ MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O TITULAR	FECHA
	LUGAR

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red te citará para entregarte la carta de autorización y la orden de internamiento. La carta de programación que te entregarán será como la que se muestra a continuación:

Ejemplo de Carta Programación para Hospitalización



**CARTA AUTORIZACION
MÉDICO TRATANTE**

Folio formato: [redacted]

México CDMX, 13/11/2019 19:37:54

Estimado(a) Dr(a). [redacted]

Le informamos de la aprobación de la programación quirúrgica siguiente:

REFERENCIA			
Nombre del paciente	[redacted]	Afilación	[redacted]
Compañía	[redacted]	No. autorización	[redacted]
Código ICD-10	[redacted]	Diagnóstico	[redacted]
Fecha de programación	[redacted]	Tipo de cirugía	[redacted]
Médico tratante	[redacted]	Clave	[redacted]
Lugar a realizarse	[redacted]	Clave	[redacted]
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICO AUTORIZADOS.			
Cirujano	Anestesiólogo	1er. Ayudante	2do. Ayudante
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
DETALLE DE LOS HONORARIOS MÉDICOS AUTORIZADOS.			
CPT	Descripción		
[redacted]	[redacted]		

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO TRATANTE

1.- Esta carta tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de programación.

Acude al hospital en la fecha acordada con tu médico tratante de la red. Preséntate en el área de admisión con la carta de autorización de programación, orden de internamiento, los resultados de tus estudios de laboratorio y/o gabinete y, tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

En caso de que no presentaras los estudios de laboratorio y/o gabinete, éstos serán realizados en el hospital y los gastos correrán por tu cuenta.

El copago que deberás de pagar es el copago de hospitalización, recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR					
PÓLIZA NO. Tu número de póliza		AGENTE: PROVIDOR			
SOLICITUD NO. 1000		NOMBRE: INTEGRAL PLANES ANEXO ANEXO			
FECHA DE EMISION: 27/03/2021					
NOMBRE CONTRATANTE					RFC
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR					RAMO
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
10001	JOSÉ MARÍA GARCÍA JIMÉNEZ	M	10/10/1980	10/03/2021	\$1,200.00
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA		Desde las 00:00 del día 01 de junio del 2020		Hasta las 24:00 del día 31 de junio del 2021	
PLAN		Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce			
SUMA ASEGURADA		500,000.00			
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
HOSPITALIZACIÓN		\$1,000.00	\$1,000.00		
SERVICIOS DE URGENCIAS		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE ESPECIALIDAD		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE FARMACIA Y LABORATORIO		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE ODONTOLÓGICOS		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE OPTOMETRÍA Y OPTICOMETRÍA		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE FISIOTERAPIA		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE PSICOTERAPIA		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE NUTRICIÓN		\$500.00	\$500.00		
SERVICIOS DE ASesoría		\$500.00	\$500.00		



Parte frontal



Parte posterior

Es importante mencionar que el copago de hospitalización se le agregará el IVA correspondiente.

En caso de que seas hospitalizado y posteriormente te programen para cirugía solo se pagará una vez el copago hospitalario dentro del mismo internamiento.

¿Qué debo hacer en caso de que mi médico tratante de red me indique que requiero de una cirugía?

En caso de requerir cirugía, ésta será programada por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y será quien envíe todos los documentos y estudios que se requieran al área de programación de cirugía. Además, deberás llenar el siguiente formato:



Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901-B
Col. Jardines del Pedregal, del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX.

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

- 1- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA
- 3- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- 4- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMIENDAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

REMOLSO PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO PAGO - DIRECTO
 ACCIDENTE EMBARAZO ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE _____		NO. DE PÓLIZA _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____		R.F.C. O C.U.R.P. _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____		R.F.C. O C.U.R.P. _____	
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____	FECHA DE ALTA _____	NACIONALIDAD _____	
FECHA DE NACIMIENTO _____	SEXO _____	PARENTESCO CON EL TITULAR _____	CORREO ELECTRÓNICO _____
DOMICILIO / CALLE _____		NO EXTERIOR _____	NO INTERIOR _____
C.P. _____		ESTADO _____	DELEGACIÓN _____
OCCUPACIÓN O PROFESIÓN _____		LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA _____	GIRO DE LA EMPRESA _____
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA _____ SI _____ NO _____		SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINISTRO _____	
COMPAÑÍA _____ No. PÓLIZA _____		FECHA DE ALTA _____	
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? _____ SI _____ NO _____		COMPAÑÍA _____ No. PÓLIZA _____	
TIPO DE RECLAMACIÓN _____ INICIAL _____ COMPLEMENTARIA _____		INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ _____	
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____		_____	
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____		_____	
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____			
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE: ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? _____			
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____			
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? _____ SI _____ NO _____			
COBERTURA _____		ASEGURADA _____	
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____		ESTUVO HOSPITALIZADO _____ SI _____ NO _____	
¿QUE ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y / O TRATAMIENTO? _____			
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____		ESPECIALIDAD _____	
DIRECCIÓN _____		TEL. Y / O E-MAIL _____	
¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? _____		CAUSA Y FECHA _____	
_____		TEL. Y / O E-MAIL _____	
DOCUMENTOS PRESENTAR:			
1- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).			
2- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.			
3- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTADE NACIMIENTO).			
4- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC).			
5- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.			
6- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.			
NOTA:			
AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, AJUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MISMA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASU VEZ MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.			
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O TITULAR _____		FECHA _____	
_____		LUGAR _____	

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red te citará para entregarte la carta de autorización y la orden de internamiento.

La carta de programación que te entregarán será como la que se muestra a continuación:

Ejemplo de Carta Programación para Hospitalización



CARTA AUTORIZACION
MÉDICO TRATANTE

Folio formato: [REDACTED]

México CDMX, 13/11/2019 19:37:54

Estimado(a) Dr(a). [REDACTED]

Le informamos de la aprobación de la programación quirúrgica siguiente:

REFERENCIA			
Nombre del paciente	[REDACTED]	Afiliación	[REDACTED]
Elegibilidad	[REDACTED]	Compañía	[REDACTED]
No. autorización	[REDACTED]	Código ICD-10	[REDACTED]
Diagnóstico	[REDACTED]	Fecha de programación	[REDACTED]
Tipo de cirugía	[REDACTED]	Médico tratante	[REDACTED]
Clave	[REDACTED]	Lugar a realizarse	[REDACTED]
Clave	[REDACTED]		
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICO AUTORIZADOS.			
Cirujano	Anestesiólogo	1er. Ayudante	2do. Ayudante
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
DETALLE DE LOS HONORARIOS MÉDICOS AUTORIZADOS.			
CPT	Descripción		
[REDACTED]	[REDACTED]		
INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO TRATANTE			
<p>1.- Esta carta tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de programación.</p>			

Acude al hospital en la fecha acordada con tu médico tratante de la red . Preséntate en el área de admisión con la carta de autorización de programación, orden de internamiento, los resultados de tus estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess junto con una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

En caso de que no presentaras los estudios de laboratorio y/o gabinete, éstos serán realizados en el hospital y los gastos correrán por tu cuenta.

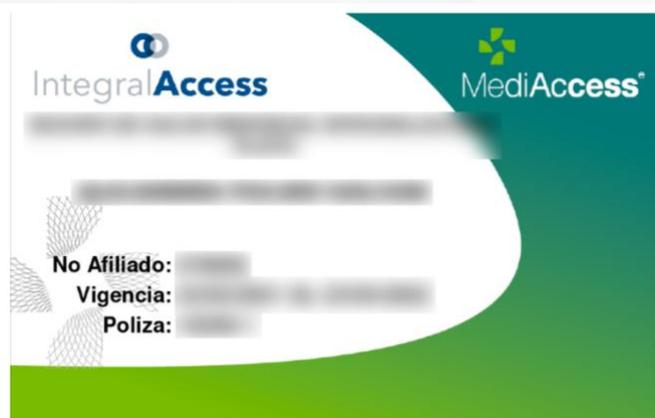
El copago que deberás de pagar es el copago de hospitalización, recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

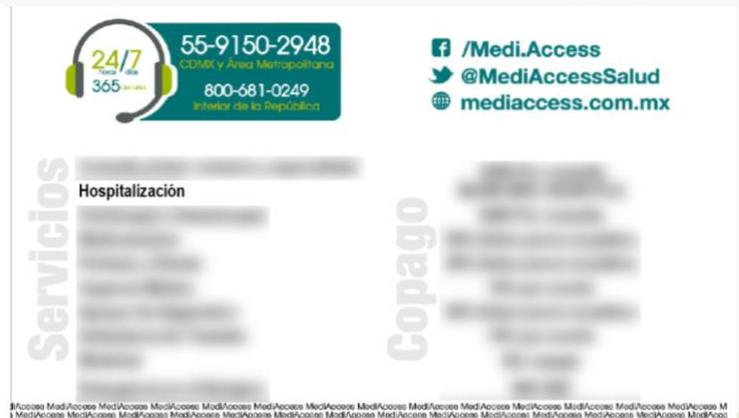
Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:	MARIA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ		
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE				RFC	
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR				RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA	Desde las 00:00 del día 02 de junio del 2020		Hasta las 24:00 del día 01 de junio del 2021		
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce				
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
HOSPITALIZACIÓN					



Parte frontal



Parte posterior

Es importante mencionar que el copago de hospitalización se le agregará el IVA correspondiente.

¿Qué debo hacer en caso de que deba someterme a un tratamiento que requiere hospitalización?

En caso de requerir tratamientos hospitalarios, estos serán programados por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y será quien envíe todos los documentos y estudios que se requieran al área de programación correspondiente. Además, deberás llenar el siguiente formato:



MediAccess
Seguros de Salud

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901-B
Col. Jardines del Pedregal, del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX.

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

- 1- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.
- 3- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- 4- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

REEMBOLSO PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO PAGO - DIRECTO

TIPO DE RECLAMACIÓN EMBARAZO ENFERMEDAD

ACCIDENTE EMBARAZO ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE _____		NO. DE PÓLIZA _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____		R.F.C. O C.U.R.P. _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____		R.F.C. O C.U.R.P. _____	
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____		FECHA DE ALTA _____	
FECHA DE NACIMIENTO _____		SEXO _____	
PARENTESCO CON EL TITULAR _____		CORREO ELECTRÓNICO _____	
DOMICILIO / CALLE _____		TELEFONO DE CONTACTO _____	
C.P. _____		CLAVE LADA () _____	
ESTADO _____		NACIONALIDAD _____	
DELEGACIÓN _____		TELÉFONO DE CONTACTO _____	
OCUPACIÓN O PROFESIÓN _____		TELÉFONO DE CONTACTO _____	
LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA _____		TELÉFONO DE CONTACTO _____	
GIRO DE LA EMPRESA _____		TELÉFONO DE CONTACTO _____	

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? SI NO. SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO _____

COMPAÑÍA _____ No. PÓLIZA _____ FECHA DE ALTA _____

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? SI NO. COMPAÑÍA _____ No. PÓLIZA _____

TIPO DE RECLAMACIÓN: INICIAL COMPLEMENTARIA. INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ _____

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____

FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____

INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____

SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? _____

AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____

EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? SI NO. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____

COBERTURA _____ ASEGURADA _____ NO. DE PÓLIZA _____ COMPAÑÍA DEL TERCERO _____

HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____ ESTUVO HOSPITALIZADO SI NO. DÍAS DE ESTANCIA _____

¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y / O TRATAMIENTO? _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____ ESPECIALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ TEL. Y / O E-MAIL _____

¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? _____ CAUSA Y FECHA _____

TEL. Y / O E-MAIL _____

DOCUMENTOS PRESENTAR

- 1- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
- 2- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
- 3- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTADE NACIMIENTO).
- 4- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC).
- 5- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.
- 6- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FÍSICA.

NOTA:
AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, AUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MISMA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASU VEZ MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O TITULAR

FECHA _____
LUGAR _____

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red te citará para entregarte la carta de autorización y la orden de internamiento

La carta de programación que te entregarán será como la que se muestra a continuación:

Ejemplo de Carta Programación para Hospitalización



CARTA AUTORIZACION
MÉDICO TRATANTE

Folio formato: [REDACTED]

México CDMX, 13/11/2019 19:37:54

Estimado(a) Dr(a). [REDACTED]

Le informamos de la aprobación de la programación quirúrgica siguiente:

REFERENCIA			
Nombre del paciente	[REDACTED]	Afiliación	[REDACTED]
Compañía	[REDACTED]	No. autorización	[REDACTED]
Código ICD-10	[REDACTED]	Diagnóstico	[REDACTED]
Fecha de programación	[REDACTED]	Tipo de cirugía	[REDACTED]
Médico tratante	[REDACTED]	Clave	[REDACTED]
Lugar a realizarse	[REDACTED]	Clave	[REDACTED]
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICO AUTORIZADOS.			
Cirujano	Anestesiólogo	1er. Ayudante	2do. Ayudante
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
DETALLE DE LOS HONORARIOS MÉDICOS AUTORIZADOS.			
CPT	Descripción		
[REDACTED]	[REDACTED]		
INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO TRATANTE			
<p>1.- Esta carta tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de programación.</p>			

Acude al hospital en la fecha acordada con tu médico tratante de la red. Preséntate en el área de admisión con la carta de autorización de programación, orden de internamiento, los resultados de tus estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess junto con una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

En caso de que no presentaras los estudios de laboratorio y/o gabinete, éstos serán realizados en el hospital y los gastos correrán por tu cuenta.

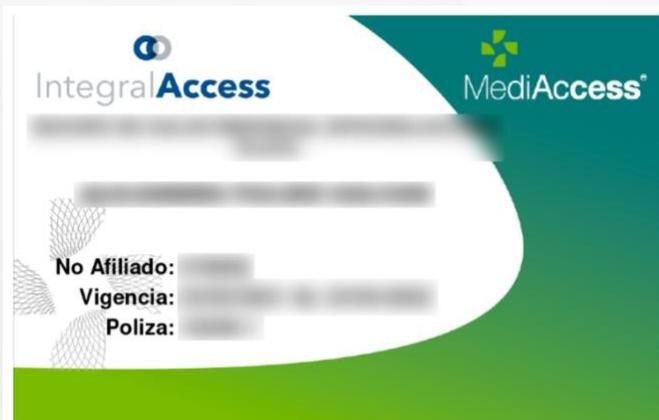
El copago que deberás de pagar es el copago de hospitalización, recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR					
PÓLIZA NO. Tu número de póliza		AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:			
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA		Desde los 00:00 del día 02 de junio del 2020 Hasta los 24:00 del día 31 de junio del 2021			
PLAN		Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce			
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO		SUMA ASEGURADA	
HOSPITALIZACIÓN					



Parte frontal



Parte posterior

Es importante mencionar que el copago de hospitalización se le agregará el IVA correspondiente.

¿Qué tengo que hacer, si necesito sesiones de quimioterapia o radioterapia?

El médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios determinará si tu padecimiento requiere sesiones de quimioterapia o radioterapia, y será quien envíe todos los documentos y

estudios que se requieran para la programación de dichas sesiones y deberás llenar el siguiente formato:

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red se comunicará vía telefónica para que asistas directamente a su consultorio o te citará para entregarte la carta de autorización

La carta de autorización que te entregarán será como la que se muestra a continuación:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B** 
4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE							
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):				
No. de Cédula Profesional/especialidad:		Especialidad:					
DATOS DEL PACIENTE							
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):				
PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO							
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE	
PRINCIPAL							
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
SECUNDARIO 2							
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
Autorización (solo en caso de requerirse):	Primera Vez Subsecuente No. _____ Médico de Cabecera	ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "BASTO" DE ESTE FORMATO.)					
Firma del Médico:		Firma de Conformidad del Paciente:					
SERVICIOS REFERIDOS 1							
<input type="checkbox"/> Laboratorio y Gabinete <input type="checkbox"/> Óptica <input type="checkbox"/> Otros Apoyos Médicos Observación				DD	MM	AA	
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio			Autorización (sólo en caso de requerirse):			
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	IV.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Acude al lugar correspondiente en la fecha acordada con tu médico tratante de la red. Preséntate con la carta de autorización de programación, resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess junto con una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR	
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza
SOLICITUD NO.	
FECHA DE EMISION:	
AGENTE:	
NOMBRE:	

NOMBRE CONTRATANTE	RFC
---------------------------	------------

DOMICILIO

NOMBRE TITULAR	RAMO
-----------------------	-------------

DATOS DE LOS ASEGURADOS				
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD

DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA	
VIGENCIA	Desde las 00:00 del día 02 de junio del 2020 Hasta las 24:00 del día 01 de junio del 2021
PLAN	SEGURO DE SALUD INTEGRALACCESS BRONCE
SUMA ASEGURADA	

COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA
HOSPITALIZACIÓN		



Parte frontal



Parte posterior

Si mi médico tratante de la red me comenta que voy a requerir de una prótesis, endoprótesis o material de osteosíntesis ¿Qué tengo que hacer para que lo cubra mi póliza?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar la carátula de tu póliza y verificar que está cubierta como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:	FRT-0000		
SOLICITUD NO.	1000	NOMBRE:	ROSA ELIZABETH JIMENEZ JIMENEZ		
FECHA DE EMISION:	17/03/2022				
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
CAROL DE AUSTRIAS AVILA DE BRUNO			A0821077000		
DOMICILIO					
CALLE 201, CALLESITA NUEVA, COLONIA DE MEXICO, GUAYMAS A NUBES, CP 07000					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
ROSA ELIZABETH JIMENEZ JIMENEZ			0910		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
10001	ROSA ELIZABETH JIMENEZ JIMENEZ	F	12/12/1987	03/2022	\$11,750.00
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA	Desde el 01/01/2022 al 31/12/2022		Desde el 01/01/2022 al 31/12/2022		
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce				
SUMA ASEGURADA	100,000.00				
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
CUBIERTA 100% DE PRIMER CONTACTO		\$0.00	\$100,000.00		
CUBIERTA 100% DE ESPECIALIDADES		\$0.00	\$100,000.00		
HOSPITALIZACIÓN		\$0.00	\$100,000.00		
HOSPITALIZACIÓN BRONCE		\$0.00	\$100,000.00		
RECONSTRUCTIVAS		\$0.00	\$100,000.00		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO		\$0.00	\$100,000.00		
PRÓTESIS, ENDOPRÓTESIS Y OSTEOSÍNTESIS		\$0.00	\$0.00 ANUAL		
SERVICIOS DE URGENCIAS		\$0.00	\$100,000.00		
SERVICIOS DE TRANSPLANTE		\$0.00	\$100,000.00		
SERVICIOS ODONTOLÓGICOS		\$0.00	\$0.00 (10 SERVICIOS POR AÑO)		

En caso de que no esté contratada en tu carátula de la póliza no aparecerá como cobertura incluida y los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta.

Si no contaras con la carátula de tu póliza puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

El médico tratante de la red te entregará un formato con las especificaciones de las prótesis, endoprótesis o material de osteosíntesis requerido.

Recuerda que los formatos para material de ortopedia tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Los formatos que vas a recibir serían como estos:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B**



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE					
Clave del Médico:		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	Nombre (s):
No. de Cédula Profesional/especialidad:				Especialidad:	
DATOS DEL PACIENTE					
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TANTO" DE ESTE FORMATO.)			
		Subsecuente No. _____				
Firma del Médico:		Médico de Cabecera	Firma de Conformidad del Paciente:			

Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.

SERVICIOS REFERIDOS 1									
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación							DD	MM	AA
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio					Autorización (sólo en caso de requerirse):			
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	IV.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA		

ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE

102-CC00002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Ubica los prestadores de servicios que pertenecen a la Red en la página de internet www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “*Conozca nuestra red de proveedores*”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

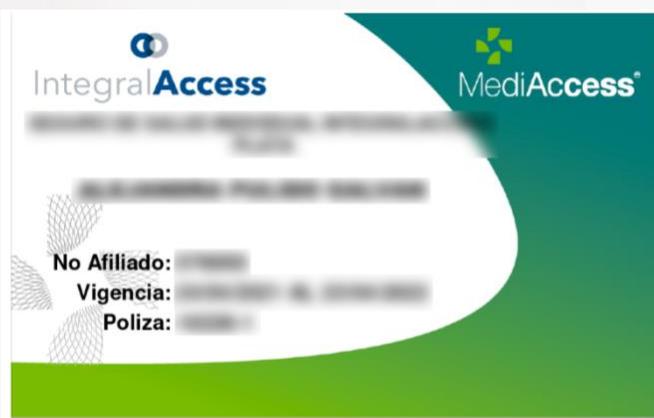
Presenta el formato, credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess, como se muestra en el ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR					
PÓLIZA NO. Tu número de póliza		AGENTE: PROVIDOR			
SOLICITUD NO. 1000		NOMBRE: WENDY YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ			
FECHA DE EMISION: 12/01/2018					
NOMBRE CONTRATANTE				RFC	
DOMICILIO				CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE TITULAR				RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
10001	WENDY YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ	F	12/01/1988	12/01/2018	\$1,100.00
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA: Desde el 01/01/2018 hasta el 31/12/2018					
PLAN: Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce					
SUMA ASEGURADA: 100,000.00					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
CONSULTA POR DE PRIMER CONTACTO		\$0.00	LÍMITES		
CONSULTA DE ESPECIALIDAD		\$0.00	LÍMITES		
HOSPITALIZACIÓN		\$0.00	LÍMITES		
HOSPITALIZACIÓN BRONCE		\$0.00	LÍMITES		
MEDICAMENTOS		\$0.00	LÍMITES		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO		\$0.00	LÍMITES		
PRÓTESIS. ENDOPRÓTESIS Y OSTEOSÍNTESIS		\$0.00	LÍMITES		
LABORATORIOS		\$0.00	LÍMITES		
FARMACIA DE FARMACIA		\$0.00	LÍMITES		
LABORIOS HOSPITALARIOS		\$0.00	LÍMITES		



Parte frontal



Parte posterior

Mi médico tratante de red me receta la utilización de la cámara hiperbárica, ¿qué tengo que hacer para utilizar este servicio?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar la carátula de tu póliza y verificar que está cubierta como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR				
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:		
SOLICITUD NO.		NOMBRE:	MIRANDA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ	
FECHA DE EMISION:				
NOMBRE CONTRATANTE			RFC	
DOMICILIO				
NOMBRE TITULAR			RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS				
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA				
VIGENCIA				
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce			
SUMA ASEGURADA				
COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA		
CONSULTA TA DE PRIMER CONTACTO	0%	LÍMITADO		
CONSULTA TA DE ESPECIALIDAD	0%	LÍMITADO		
EXAMENES DE LABORATORIO	0%	LÍMITADO		
HOSPITALIZACIÓN BRONCE	0%	LÍMITADO		
RECUPERACIÓN	0%	LÍMITADO		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	0%	LÍMITADO		
PROCTORES, ENDOSCOPÍAS Y COLONOSCOPÍAS	0%	LÍMITADO		
ANESTESIA GENERAL	0%	LÍMITADO		
LABORATORIO DE TRASTORNOS	0%	LÍMITADO		
CÁMARA HIPERBÁRICA	0%	10 SESIONES POR AÑO		
PROCTORES DE ULTRASONIDO	0%	LÍMITADO		
PROCTORES DE ULTRASONIDO	0%	LÍMITADO		
PROCTORES Y ANESTESIA	0%	LÍMITADO		

En caso de que no esté contratada en tu carátula de la póliza no aparecerá como cobertura incluida y los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta.

Si no contaras con la carátula de tu póliza puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

El médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios determinará si tu padecimiento requiere sesiones de cámara hiperbárica, y será quien envíe todos los documentos y estudios que se requieran para la programación de dichas sesiones.

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red se comunicará vía telefónica para que asistas directamente a su consultorio o te citará para entregarte la carta de autorización

La carta de autorización que te entregarán será como la que se muestra a continuación:



ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS

Folio: **B**



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:			Ciudad, Estado:			Elegibilidad:			
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE												
Clave del Médico:			Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):			
No. de Cédula Profesional/especialidad:						Especialidad:						
DATOS DEL PACIENTE												
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez		ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO "D" DE ESTE FORMATO.)		
		Subsecuente No. _____				
		Médico de Cabecera				
Firma del Médico:				Firma de Conformidad del Paciente:		

SERVICIOS REFERIDOS 1										
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos <input type="radio"/> Observación								DD	MM	AA
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio					Autorización (sólo en caso de requerirse):			
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA			
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO							FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE			

-1502-CC00002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Acude al lugar correspondiente en la fecha acordada con tu médico tratante de la red. Preséntate con la carta de autorización de programación, resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess junto con una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial)..

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA NO. Tu número de póliza		PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR	
SOLICITUD NO. 1000		AGENTE: 1000000000	
FECHA DE EMISION: 11/01/2020		NOMBRE: ESTERCA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ	
NOMBRE CONTRATANTE		RFC	
DOMICILIO			
NOMBRE TITULAR		RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS			
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	FECHA SEXO NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD
1000000000	JIMENEZ YOLANDA	11/01/2020 F	01/01/2020
PRIMA NETA			
100.000			
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA			
VIGENCIA Desde el 01/01/2020 al 31/12/2020			
PLAN Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce			
SUMA ASEGURADA 100.000			
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA
CONSULTA TIPO DE PRIMER CONSULTA		100%	100.000
CONSULTA TIPO DE ESPECIALIDAD		100%	100.000
CONSULTA TIPO		100%	100.000
HOSPITALIZACIÓN BRONCE		100%	100.000
MEDICAMENTOS		100%	100.000
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO		100%	100.000
PRONTO ATENCIÓN, EMERGENCIAS Y URGENCIAS		100%	100.000
ATENCIÓN MÉDICA		100%	100.000
REABILITACIÓN DE TENDONES		100%	100.000
CÁMARA HIPERBÁRICA		100%	10 SESIONES POR AÑO
RECONSTRUCCIÓN DEL OÍDO EXTERNO		100%	100.000
RESERVA DE UNICIÓN		100%	100.000
RECONSTRUCCIÓN Y REPARACIÓN		100%	100.000

Para esta cobertura opera un límite de 10 sesiones por vigencia de la póliza.

¿Cómo hago uso de la cobertura “Suministro de Oxígeno” contratada en mi póliza?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar tu carátula de póliza individual y verificar que está cubierta como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:	SANTANA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ		
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA	Desde el 01/01/2020 hasta el 31/12/2021				
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce				
SUMA ASEGURADA	500,000.00				
COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA			
CONSULTA TIPO DE PRIMER CONSULTA	0.00	LIBRE			
CONSULTA TIPO DE ESPECIALIDAD	0.00	LIBRE			
HOSPITALIZACIÓN	0.00	500,000.00			
HOSPITALIZACIÓN BRONCE	0.00	LIBRE			
RECUPERACIÓN	0.00	LIBRE			
SERVICIO DE DIAGNÓSTICO	0.00	LIBRE			
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y DETERMINACIONES	0.00	50,000.00			
LABORATORIO MÉDICO	0.00	LIBRE			
LABORATORIO DE TRABAJO	0.00	LIBRE			
LABORATORIO ODONTOLÓGICO	0.00	10,000.00 POR AÑO			
EMERGENCIAS EN EL EXTRANJERO	0.00	50,000.00			
PROCESOS DE RECUPERACIÓN	0.00	LIBRE			
PROCTOPROLAPAXIA Y HEMORROIDES	0.00	50,000.00 POR AÑO			
RECIPIENTE	0.00	LIBRE			
RECONSTRUCCIÓN MÉDICA ORODONTOLOGÍA	0.00	LIBRE			
SUMINISTRO DE OXÍGENO	0.00	20,000.00			
SERVICIO ODONTOLÓGICO Y ORODONTOLOGÍA	0.00	50,000.00			

En caso de que no esté contratada en la carátula de la póliza no aparecerá como cobertura incluida y los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta.

Si no contaras con la carátula de tu póliza puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si derivado de alguna enfermedad o accidente cubierto el médico tratante de la red te prescribe el consumo de oxígeno deberás seguir el siguiente proceso de acuerdo con la situación en la que te encuentres:

- Si estás hospitalizado, el médico tratante informará al Centro de Atención Telefónica de MediAccess para coordinar la instalación del mismo en tu domicilio.
- En caso de que no se derive de un proceso de hospitalización, el médico tratante te proporcionará un formato como el que se muestra a continuación:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B**



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE					
Clave del Médico:		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	Nombre (s):
No. de Cédula Profesional/especialidad:				Especialidad:	
DATOS DEL PACIENTE					
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$	RESTA	
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$	RESTA	
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA <small>CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO "D" DE ESTE FORMATO.)</small>			
		Subsecuente No.				
		Médico de Cabecera				
Firma del Médico:			Firma de Conformidad del Paciente:			

Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.

SERVICIOS REFERIDOS 1							
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos <input type="radio"/> Observación					DD	MM	AA
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio				Autorización (sólo en caso de requerirse):		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO				FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE			

-1502-CC000002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después deberás llamar Centro de Atención Telefónica MediAccess:
 (55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
 (800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo para coordinar el servicio

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza, como se muestra en el siguiente ejemplo

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2

MASS-FRT-0PE-EMI-CPL000

PÓLIZA NO. Tu número de póliza		PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR			
SOLICITUD NO. 1234		AGENTE: 123456789			
FECHA DE EMISION: 12/31/2020		NOMBRE: ESTELA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ			
NOMBRE CONTRATANTE		RFC			
DOMICILIO		RAMO			
NOMBRE TITULAR		RAMO			
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
12345	JUAN CARLOS GARCIA JIMENEZ	M	12/31/2020	12/31/2020	\$1,234.56
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA Desde del 01/01/2021 al 31/12/2021					
PLAN Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce					
SUMA ASEGURADA \$10,000,000					
COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA			
AMBULANCIA	\$500	\$10,000,000			
AMBULANCIA DE ESPECIALIDAD	\$500	\$10,000,000			
AMBULANCIA	\$500	\$10,000,000			
HOSPITALIZACIÓN BRONCE	\$5,000	\$10,000,000			
RECUPERACIÓN	\$500	\$10,000,000			
SERVICIO DE DENTISTAS	\$500	\$10,000,000			
PROCESOS QUIRÚRGICOS Y QUIRÓFANOS	\$500	\$10,000,000			
ATENCIÓN MÉDICA	\$500	\$10,000,000			
AMBULANCIA DE TRASLADO	\$500	\$10,000,000			
ATENCIÓN HOSPITALARIA	\$500	\$10,000,000			
PREVENCIÓN DEL EL CÁNCER	\$500	\$10,000,000			
COBERTURA DE ACCIDENTES	\$500	\$10,000,000			
PSICOTERAPIA E ANALÍTICAS	\$500	\$10,000,000			
RECIPIENT	\$500	\$10,000,000			
PREVENCIÓN MÉDICA Y DENTARIA	\$500	\$10,000,000			
SUMINISTRO DE OXÍGENO	\$500	\$10,000,000			
TRANSPLANTE Y ATENCIÓN AL RECIPIENTE VIVIENTE	\$500	\$10,000,000			

Para esta cobertura opera un límite de 24 semanas desde el inicio de la indicación del médico tratante.

Si requiero el servicio de una ambulancia ¿Qué tengo que hacer?

Este servicio deberá ser coordinado y autorizado por la Compañía por lo que deberás de llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

El médico especialista en urgencias determinará si se requiere el traslado (con o sin unidad de terapia intensiva) para lo cual deberás de contestar algunas preguntas que ayuden a valorar la urgencia presentada.

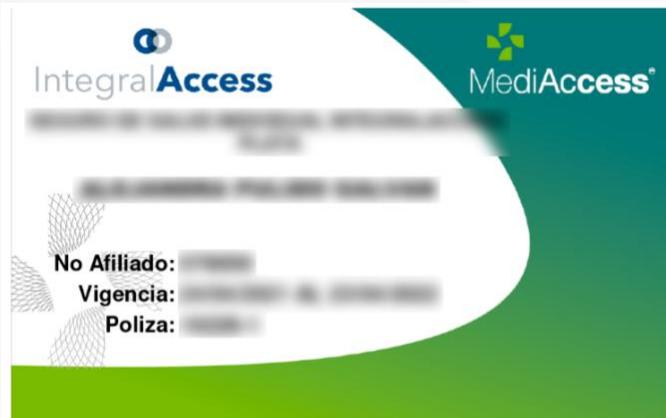
Al recibir el servicio presenta tu credencial de MediAccess, una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial) y cubre el Copago correspondiente, recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza y/o credencial MediAccess como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR				
PÓLIZA NO. Tu número de póliza		AGENTE: P021-UR14		
SOLICITUD NO. 10201		NOMBRE: MONICA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ		
FECHA DE EMISION: 27 MAYO 2020				
NOMBRE CONTRATANTE				RFC
CARLOS ANTONIO ARROYO BRAVO				ACBC301214BSS
DOMICILIO				
LIMA 862 LINDAVISTA NORTE, CIUDAD DE MEXICO, GUSTAVO A MADRUGA, CP 07060				
NOMBRE TITULAR				RAMO
JOSE MARIA GARBAY URIBE				SALUD
DATOS DE LOS ASEGURADOS				
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	FECHA SEXO NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
514877	JOSE MARIA GARBAY URIBE	M 10/11/2007	02/06/2011	\$12,376.36
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA				
VIGENCIA		Desde las 00:00 del día 02 de junio del 2020 Hasta las 24:00 del día 31 de junio del 2021		
PLAN 0001-000008-0020 Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronze				
SUMA ASEGURADA				SIN LIMITE
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA	
CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO		\$300	LIMITADA	
CONSULTA DE ESPECIALIDAD		\$300	LIMITADA	
ODONTOLOGIA		20%	\$10,000.00	
HOSPITALIZACIÓN BRONCE		\$0.00	LIMITADA	
MEDICAMENTOS		50%	LIMITADA	
APOYOS DE DIAGNÓSTICO		50%	LIMITADA	
PROTESIS, ENDOPROTESIS Y ORTOPROTESIS		50%	50 LÍMITE	
URGENCIA MEDICA		10%	LIMITADA	
AMBULANCIA DE TRASLADO		10%	LIMITADA	
CAMARA HIPERBARICA		50%	10 SESIONES POR AÑO	
EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO		\$0 USD	\$0.00 USD	



Parte frontal



Parte posterior

Estoy embarazada ¿Cómo puedo tener acceso a las consultas?

Para agendar una consulta:

Llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:
 (55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
 (800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

Con al menos 24 horas de anticipación, donde te informará la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial MediAccess.

Esta próxima la fecha de parto o cesárea ¿Que tengo que hacer?

El ginecólogo tratante de la red te apoyará solicitando una carta de autorización para la atención del parto o cesárea en el hospital de la Red de Prestadores de Servicios y de acuerdo con las características de tu producto contratado.

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red te citará para entregarte la carta de autorización y la orden de internamiento

La carta de programación que te entregarán será como la que se muestra a continuación:

Ejemplo de Carta Programación para Hospitalización

		CARTA AUTORIZACION MÉDICO TRATANTE	
Folio formato: [REDACTED]		México CDMX, 13/11/2019 19:37:54	
Estimado(a) Dr(a). [REDACTED]			
Le informamos de la aprobación de la programación quirúrgica siguiente:			
REFERENCIA			
Nombre del paciente	[REDACTED]	Afiliación	[REDACTED]
Compañía	[REDACTED]	No. autorización	[REDACTED]
Código ICD-10	[REDACTED]	Diagnóstico	[REDACTED]
Fecha de programación	[REDACTED]	Tipo de cirugía	[REDACTED]
Médico tratante	[REDACTED]	Clave	[REDACTED]
Lugar a realizarse	[REDACTED]	Clave	[REDACTED]
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICO AUTORIZADOS.			
Cirujano	Anestesiólogo	1er. Ayudante	2do. Ayudante
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
DETALLE DE LOS HONORARIOS MÉDICOS AUTORIZADOS.			
CPT	Descripción		
[REDACTED]	[REDACTED]		
INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO TRATANTE			
<p>1.- Esta carta tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de programación.</p>			

Acude al hospital en la fecha acordada con tu médico tratante de la red . Preséntate en el área de admisión con la carta de autorización de programación, orden de internamiento, los resultados de tus estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess junto con una identificación oficial con fotografía.

El copago que deberás de pagar es el copago de **Parto, Cesárea y Atención al Recién Nacido Sano**, recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza y/o certificado individual como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Carátula de Póliza

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

PÓLIZA INDIVIDUAL / FAMILIAR						
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:				
SOLICITUD NO.		NOMBRE:	MARCIA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ			
FECHA DE EMISION:						
NOMBRE CONTRATANTE					RFC	
DOMICILIO						
NOMBRE TITULAR					RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS						
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA	
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA						
VIGENCIA	Desde el 01/01/2021 hasta el 31/12/2021					
PLAN	Seguro De Salud Individual Integralaccess Bronce					
SUMA ASEGURADA						
COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA				
CONSULTA DE PRIMARIA	0%	CUBIERTA				
CONSULTA DE ESPECIALIDAD	0%	CUBIERTA				
EXAMENES	0%	CUBIERTA				
HOSPITALIZACIÓN BRONCE	\$0.00	CUBIERTA				
RECINTOS	0%	CUBIERTA				
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	0%	CUBIERTA				
PROCESOS QUIRÚRGICOS Y TRANSFERENCIAS	0%	CUBIERTA				
ATENCIÓN MÉDICA	0%	CUBIERTA				
ASISTENCIA DE TRASLADO	0%	CUBIERTA				
CARERA OPERARIA	0%	10 SEÑALES POR AÑO				
EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	\$0.00	CUBIERTA				
PROGRAMA DE VACUNACIÓN	\$0	CUBIERTA				
PSICOTERAPIA E HABILITACIÓN	\$0	10 SEÑALES POR AÑO				
MEDICINA	\$0	CUBIERTA				
OPORTUNIDAD MÉDICA TELEFÓNICA	\$0	CUBIERTA				
SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA	0%	20 SEÑALES				
PARTO, CESÁREA Y ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO SANO	\$0.00	CUBIERTA				
SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA	\$0	20 SEÑALES CON 2 TURNOS POR				

¿Cuál es la suma asegurada en mi cobertura de maternidad?

La suma asegurada depende del plan contratado:

- Si tienes un plan bronce, la suma asegurada es de \$40,000.
- Si tienes un plan plata, la suma asegurada es de \$75,000.
- Si tienes un plan oro, la suma asegurada es de \$100,000.

¿Qué debo hacer para dar de alta a un recién nacido en la vigencia de la póliza?

Para poder dar de alta a un recién nacido, la madre asegurada deberá contar con al menos diez meses de cobertura continua con MediAccess Seguros de Salud y además presentar el acta de nacimiento o certificado de nacimiento dentro de los 30 días siguientes al nacimiento, para que MediAccess no requiera pruebas de asegurabilidad.

En caso de que no se de alta en el tiempo indicado, MediAccess Seguros de Salud podrá solicitarte información adicional y la aceptación del recién nacido estará sujeto a un proceso de selección.

¿Está cubierta la circuncisión para recién nacidos?

En casos de recién nacidos, se cubren los gastos por este concepto hasta 72 horas posteriores al nacimiento siempre y cuando sean por indicaciones médicas y con diagnóstico de fimosis y parafimosis, además la madre asegurada deberá tener al menos diez meses de cobertura continua con MediAccess al momento del evento.

¿Está cubierta la circuncisión para no recién nacidos?

Se cubrirán los gastos generados por esta cobertura siempre y cuando el asegurado cumpla con al menos 2 años de contratación ininterrumpida en su plan y en apego a lo indicado en las condiciones generales de este producto.

¿Cómo puedo hacer uso de mi cobertura de vacunas?

Para el uso de esta cobertura deberás agendar primero una consulta con un médico tratante de la red, quién te apoyará con la solicitud de vacunas y te concertará una nueva cita para la aplicación de las mismas.

Hacemos de tu conocimiento que las vacunas cubiertas son aquellas descritas en la cartilla nacional de vacunación.

Para poder agendar una consulta llama con al menos 24 horas de anticipación al Centro de Atención Telefónica:

55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial.

¿Cómo hago uso de la cobertura “*Servicios de Enfermería*” contratada en mi póliza?

El médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios determinará si requieres el uso de servicios de enfermería y él será quien te apoyará con la solicitud del servicio y te proporcionará un formato como el que se muestra a continuación:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B** 4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE					
Clave del Médico:		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	Nombre (s):
No. de Cédula Profesional/especialidad:				Especialidad:	
DATOS DEL PACIENTE					
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$	RESTA	
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$	RESTA	
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA <small>CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TAUTO-D" DE ESTE FORMATO.)</small>			
		Subsecuente No. _____				
Firma del Médico:		Médico de Cabecera	Firma de Conformidad del Paciente:			

Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.

SERVICIOS REFERIDOS 1									
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación							DD	MM	AA
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio					Autorización (sólo en caso de requerirse):			
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA		
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO		FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE							

1502-CC00002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Para esta cobertura opera un límite de 30 días con 3 turnos por día desde el inicio del padecimiento

¿Con qué beneficios cuenta la cobertura de “Emergencia en el Extranjero” contratada en mi póliza de seguro y cómo hago uso de estos servicios?

Este beneficio está cubierto únicamente si te atiendes con la red de proveedores de Medi Access, para lo cual deberás llamar al centro de llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

En caso de que no esté contratada en tu carátula de la póliza no aparecerá como cobertura incluida y los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta.

Si no contaras con la carátula de tu póliza puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

Para agendar tu cita deberás llamar al menos con 48 horas de anticipación al siguiente número:

(55) 5002-31022 CDMX y Área Metropolitana y al

(800) 347-1111 Interior de la República Lada sin Costo.

Ten a la mano la siguiente información: Nombre completo, fecha de nacimiento, número de póliza, correo electrónico y/o número de teléfono de contacto.

Para esta cobertura no opera el reembolso de gastos por servicios dentales.

¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia dental?

Se entiende por Urgencia Dental toda situación extraordinaria que implique un dolor físico imperativo que requiera de manera inmediata la atención del Dentista para prevenir un daño físico.

En estos casos deberás llamar a los siguientes números:

(55) 5002-31022 CDMX y Área Metropolitana y al

(800) 347-1111 Interior de la República Lada sin Costo.

Ten a la mano la siguiente información: Nombre completo, fecha de nacimiento, número de Póliza, teléfono de contacto y correo electrónico.

Para esta cobertura no opera el reembolso de gastos por servicios dentales.

¿Qué tengo que hacer en caso de requerir un servicio de asistencia funeraria?

Esta cobertura la proporcionamos a través de un prestador de servicio por lo que en caso de requerir el servicio de asistencia funeraria deberás llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

donde se te brindará información para hacer uso de esta cobertura.

Para esta cobertura no opera el reembolso de gastos de funerarios.

¿Quedan cubiertos los padecimientos preexistentes en mi póliza de seguro?

No, los padecimientos preexistentes son una exclusión de este producto.

¿Qué pasa si por falta de disponibilidad de Red, el Centro de Atención Telefónica de MediAccess me indica que debo recibir servicios médicos con un proveedor que no pertenece a la Red de prestadores de servicios de la Aseguradora?

Una vez recibido el servicio con el proveedor fuera de la red deberás comunicarte al Centro de Atención Telefónica MediAccess para solicitar información sobre el procedimiento a seguir para tramitar el reembolso correspondiente.

¿Qué pasa si decido atenderme con un proveedor fuera de Red?

Cuando decidas usar el servicio médico fuera de Red para alguna atención médica cubierta por tu póliza de seguros y esta reclamación se ingrese mediante reembolso, deberás seguir el siguiente proceso:

Contacta a tu agente de ventas, o manda un correo electrónico a la siguiente dirección: servicioclientes@mediaccess.com.mx medio por el cual te indicarán el proceso a seguir.

Sólo se reembolsarán los honorarios de médicos que cuenten con cédula profesional.

Es importante notificarte que MediAccess Seguros de Salud aplicará un copago adicional del 50% al contratado.

En caso de que se trate de una emergencia médica real, MediAccess Seguros de Salud aplicará el 25% de copago adicional al contratado.

La Compañía determinará si los gastos procedentes erogados por padecimientos cubiertos corresponden a una urgencia médica real de acuerdo con las definiciones de tu póliza de seguros. En caso de que los gastos procedentes no hayan sido originados por una urgencia médica real, se reembolsarán aplicando el copago adicional indicado en el caso de una atención médica de no urgencia, aun cuando la atención se haya realizado en el área de urgencias de un hospital.

Para más información, consulta la cobertura “Atención Fuera de Red” de tus condiciones generales.

INTEGRA COLECTIVO

Coberturas

		Bronce	Plus	Oro
Coberturas	Suma Asegurada	Copagos		
Consultas Médicas	Ilimitadas	\$100 y \$200		
Medicamentos	Dependiendo la contratada	A elegir entre 20%, 30% y 50%		
Apoyos de diagnóstico				
Urgencia Médica		Dependiendo del contratado		
Hospitalización				
Maternidad	\$70,000			
Servicio de Ambulancia	Un servicio al año por urgencia real			
Emergencia en el Extranjero	US \$300,000	Deducible US \$50		
Otras Coberturas	Condiciones			
Odontología	Suma Asegurada aplica dependiendo de la cobertura contratada			
Órtesis, prótesis y osteosíntesis				
Oxígeno	24 semanas al año con un copago del 10%			
Ayuda de leche	\$3,500	Sin copago		
Ayuda de lentes	\$1,500	Sin copago		

¿Cómo hacer uso de las coberturas contratadas?

¿Cómo puedo agendar una consulta?

Para agendar una consulta:

Llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

Con al menos 24 horas de anticipación, donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial MediAccess.

¿A qué se refiere consulta de primer contacto y consulta de especialidad?

Las consultas de primer contacto son aquellas orientadas a detectar y/o atender aquellos síntomas o padecimientos que afectan comúnmente a la población.

Dentro de las consultas de primer contacto se encuentran: Medicina general y/o familiar, medicina interna, pediatría, oftalmología, ginecología y obstetricia.

Las consultas de especialidad son todas aquellas consultas que son de alguna especialidad diferente a las indicadas en primer contacto.

En caso de que el médico tratante de primer contacto perteneciente a la red de prestadores considere que se requiere de una atención especializada, este te referirá a una consulta con un

médico de especialidad para tu atención, y extenderá un formato con autorización para tres consultas con el especialista para que puedas acudir.

El formato que te van a entregar será como el que se muestra en el siguiente ejemplo:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B** 
4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE							
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):				
No. de Cédula Profesional/especialidad:		Especialidad:					
DATOS DEL PACIENTE							
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:				
			Apellido Materno:				
			Nombre (s):				
PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO							
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE	
PRINCIPAL	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _		
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
SECUNDARIO 2	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _		
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TANTO" "D" DE ESTE FORMATO.)				
		Subsecuente No. _____					
		Médico de Cabecera					
Firma del Médico:				Firma de Conformidad del Paciente:			
Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente		Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.					
SERVICIOS REFERIDOS 1							
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio	Autorización (sólo en caso de requerirse):					
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	L.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
	_ _ _ _ _ _ _						
	_ _ _ _ _ _ _						
	_ _ _ _ _ _ _						

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

¿Qué documentos debo presentar el día de mi consulta?

Debes presentarte con 15 minutos de anticipación a la hora de la cita programada, llevar tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía, con excepción de menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial. En caso de que asistas a una consulta de especialidad, además de presentar tu credencial MediAccess y una identificación oficial también deberás presentar el pase de referencia expedido por tu médico tratante de primer contacto.

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en tu carátula de póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

Página 1 de 2

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA				
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:	[REDACTED]	[REDACTED]
SOLICITUD NO.	[REDACTED]	NOMBRE:	[REDACTED]	[REDACTED]
FECHA DE EMISION:	[REDACTED]			
NOMBRE CONTRATANTE		RFC		
[REDACTED]		[REDACTED]		
DOMICILIO				
[REDACTED]				
NOMBRE TITULAR		RAMO		
[REDACTED]		[REDACTED]		
DATOS DE LOS ASEGURADOS				
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
PRIMA NETA				
[REDACTED]				
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA				
VIGENCIA [REDACTED]				
PLAN SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL				
SUMA ASEGURADA [REDACTED]				
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA	
CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO		[REDACTED]	[REDACTED]	
CONSULTA DE ESPECIALIDAD		[REDACTED]	[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]	



Parte frontal



Parte posterior

¿Cómo puedo cancelar una cita?

Para cancelar una cita oportunamente llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess preferentemente con al menos 24 horas de anticipación:
 (55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
 (800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

Es importante que canceles tu cita a tiempo en caso de no poder asistir en el día programado ya que el espacio que tú liberas puede ser ocupado por alguien más.

¿Cómo hago uso de la cobertura “Medicina Preventiva” contratada en mi póliza?

Para hacer uso de esta cobertura deberás agendar una consulta con un médico tratante perteneciente a la red para que te realice una valoración médica y en caso de ser necesario, te prescribirá algún estudio de laboratorio y/o gabinete.

Para agendar una consulta, llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

con al menos 24 horas de anticipación donde se te informará la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios ten a la mano tu credencial MediAccess.

¿En caso de que el médico de red me prescriba medicamentos que tengo que hacer?

Si derivado del padecimiento es necesario prescribirte medicamentos, el médico tratante de red te expedirá el formato el cual podrás canjearlo por los medicamentos en las farmacias pertenecientes a la red.

Los formatos que vas a recibir serían como estos:

Formato electrónico:

Formato de Farmacia MediAccess. El documento contiene los siguientes campos:

- Logo:** MediAccess con el número 34261.
- PACIENTE:** [Redactado]
- PLAN:** MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
- CÓD AFILIADO:** [Redactado]
- PRODUCTO:** Plan de Acceso Médico con Asistencia Funeraria
- ELEGIBILIDAD:** [Redactado]
- EMPRESA:** [Redactado]
- FOLIO:** [Redactado]
- PYME:** [Redactado]
- FECHA:** 23/10/2020 17:19:21
- CIE-10:** H650
- COPAGO:** 0%
- CLAVE PROVEEDOR:** [Redactado]
- OPCIONES DE SURTIDO:**
 - 7501070612955
 - 7501125179198
 - 7501064550751
 - 7501258211888
- NOMBRE DEL MÉDICO:** [Redactado]
- ESPECIALIDAD:** [Redactado]
- CLAVE DEL MÉDICO:** [Redactado]
- NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** [Redactado]
- Datos Llenados por la Farmacia:**
 - MONTO \$ [Redactado]
 - DESCUENTO \$ [Redactado]
 - SUBTOTAL \$ [Redactado]
 - IVA \$ [Redactado]
 - PRECIO TOTAL \$ [Redactado]
- Fecha surtido:** / /
- No. Unidades:** [Redactado]
- CÓDIGO EAN:** 40219305
- AUTORIZACIÓN:** 9100*46181
- FOLIO:** [Redactado]

Surtir de acuerdo a la sal.

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente

Firma del Médico: [Firma]

Este pase es válido durante los 10 días naturales después de expedido

Firma del Paciente: [Firma]

Otorgo mi consentimiento para que se utilicen mis datos personales y/o sensibles para identificación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros para estos fines.

Formato manual:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B**



4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:			Ciudad, Estado:			Elegibilidad:			
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE												
Clave del Médico:			Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):			
No. de Cédula Profesional/especialidad:						Especialidad:						
DATOS DEL PACIENTE												
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		
PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO												
DIAGNÓSTICO	CODIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE						
PRINCIPAL												
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$	RESTA							
SECUNDARIO 2												
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$	RESTA							
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez Subsecuente No. _____ Médico de Cabecera		ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TANTO" "D" DE ESTE FORMATO.)								
Firma del Médico:				Firma de Conformidad del Paciente:								
SERVICIOS REFERIDOS 1												
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio					Autorización (sólo en caso de requerirse):					
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	L.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA					

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después, deberás seguir el siguiente proceso:

Ubica las farmacias que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “Conozca nuestra red de Proveedores”, o bien llama al Centro de Atención Telefónico MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Presenta tu formato, credencial MediAccess e identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial). Recuerda que el formato de medicamentos cuenta con vigencia de 10 días naturales a partir del día de expedición.

Una vez recibidos los medicamentos deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

Página 1 de 2

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA						
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:				
SOLICITUD NO.		NOMBRE:				
FECHA DE EMISION:						
NOMBRE CONTRATANTE			RFC			
DOMICILIO						
NOMBRE TITULAR			RAMO			
DATOS DE LOS ASEGURADOS						
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA	
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA						
VIGENCIA						
PLAN	SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL					
SUMA ASEGURADA						
COBERTURAS INCLUIDAS			COPAGO	SUMA ASEGURADA		
MEDICAMENTOS			50%			
SERVICIOS DE ESPECIALIDAD			50%			
SERVICIOS DE CONSULTA			50%			
SERVICIOS DE LABORATORIO			50%			
SERVICIOS DE RADIOLOGÍA			50%			
SERVICIOS DE FISIOTERAPIA Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS			50%			
SERVICIOS DE ENFERMERÍA			50%			

Parte frontal

Parte posterior

¿Qué vigencia tienen los formatos que el médico de red otorga para los servicios derivados de consultas?

Los formatos que otorga el médico tratante de red al asegurado en la consulta son pases de referencia y servicios referidos, estos formatos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir

de la fecha de expedición, a excepción del formato para surtir medicamentos el cual tiene una vigencia de 10 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Esta indicación también la puedes observar en la parte inferior de los formatos como se muestra a continuación.

Formatos de servicios referidos:

MediAccess **FORMATO DE LABORATORIO**

PACIENTE: [REDACTED] PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
 CÓD AFILIADO: [REDACTED] PRODUCTO: Plan de Seguro Colectivo Básico Plus
 ELEGIBILIDAD: [REDACTED] EMPRESA: [REDACTED]
 FOLIO: [REDACTED] PYME: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO: [REDACTED] **FECHA: 30/10/2020 16:33:26**
 ESPECIALIDAD: [REDACTED]
 CLAVE DEL MÉDICO: [REDACTED]

INDICACIONES MÉDICAS

Datos Llenados por LABORATORIO

CÓDIGO CPT	[REDACTED]
MONTO TOTAL	\$ [REDACTED]
DESCUENTO	\$ [REDACTED]
SUBTOTAL	\$ [REDACTED]
IVA	\$ [REDACTED]
RET. IVA	\$ [REDACTED]
ISR	\$ [REDACTED]
PRECIO TOTAL	\$ [REDACTED]

Fecha surtido: [REDACTED] Descripción del Procedimiento: [REDACTED]

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente

OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE UTILICEN MIS DATOS PERSONALES Y/O SENSIBLES PARA IDENTIFICACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO, LOS CUALES PODRÁN SER TRANSFERIDOS A TERCEROS PARA ESTOS FINES

Firma del Médico: [REDACTED] **Este pase es válido durante los 30 días naturales después de expedido**

MediAccess **ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO Y SERVICIOS REFERIDOS** Folio: **B** 4763601-2

Esta formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año [REDACTED] Cliente: [REDACTED] Ciudad, Estado: [REDACTED] Elegibilidad: [REDACTED]

Clave del Médico: [REDACTED] Apellido Paterno: [REDACTED] Apellido Materno: [REDACTED] Nombre (s): [REDACTED]

No. de Cédula Profesional/Especialidad: [REDACTED] Especialidad: [REDACTED]

DATOS DEL PACIENTE

No. de beneficiario o credencial: [REDACTED] Parentesco: [REDACTED] Edad: [REDACTED] Apellido Paterno: [REDACTED] Apellido Materno: [REDACTED] Nombre (s): [REDACTED]

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
PRECIO UNITARIO	[REDACTED]	COPAGO % [REDACTED]	COPAGO \$ [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	RESTA [REDACTED]
SECUNDARIO 2	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
PRECIO UNITARIO	[REDACTED]	COPAGO % [REDACTED]	COPAGO \$ [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	RESTA [REDACTED]

Autorización (solo en caso de requerirse): [REDACTED] Primera Vez [REDACTED] Subsecuente No. [REDACTED] Médico de Cabecera [REDACTED]

ATENCIÓN PREVENTIVA
 CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CATEGORÍA VII INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO "O" DE ESTE FORMATO): [REDACTED]

Firma del Médico: [REDACTED] Firma de Conformidad del Paciente: [REDACTED]

Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE TRATEN MIS DATOS PERSONALES Y/O SENSIBLES PARA IDENTIFICACIÓN OPERACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO, LOS CUALES PODRÁN SER TRANSFERIDOS A TERCEROS SOLO PARA ESTOS FINES.

SERVICIOS REFERIDOS 1

Laboratorio y Gabinete Óptica Otros Apoyos Médicos Observación DD MM AA [REDACTED]

Clave Proveedor: [REDACTED] Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio: [REDACTED] Autorización (sólo en caso de requerirse): [REDACTED]

DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO

Firma de Conformidad del Paciente: [REDACTED] **Leyenda de vigencia**

Formatos de farmacias:



VALE FARMACIA
SURTASE EN FARMACIAS DE LA RED

Folio: **G** 
23001-1

Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Cliente: ➔ Fecha de expedición	d, Estado:
Elegibilidad:		

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
No. de Cédula Profesional/especialidad:			Firma del Médico: 

DATOS DEL PACIENTE

No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
-----------------------------------	-------------	-------	-------------------	-------------------	-------------

PRESCRIPCIÓN No. 1 (Datos llenados por el Médico)

No. de autorización del médico (si se requiere)

CÓDIGO CIE 10 DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO

Nombre del Medicamento

Presentación (100 mg, 15 ml., 0,5 g., etc.) Unidades (con letra)

Cantidad por toma Veces Día Mes Duración Días Meses

*Ejemplos nº de tabletas, nº de gotas, nº de cucharaditas, nº de aplicaciones para una crema

Indicaciones Médicas

Declaro bajo protesta de decir la verdad que los medicamentos indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente.

(Datos llenados por la farmacia)

Identificación Sucursal <input type="text"/>	Precio unitario <input type="text"/>	Descuento % <input type="text"/>	Monto IVA <input type="text"/>
No. Unidades <input type="text"/>	Código EAN Medicamento <input type="text"/>		
Fecha de Surtido (día/mes/año) <input type="text"/>	No. de autorización de la farmacia (si se requiere) <input type="text"/>		
PRECIO UNITARIO <input type="text"/>		COPAGO % <input type="text"/>	COPAGO \$ <input type="text"/>
		RESTA <input type="text"/>	Anexar ticket de venta

ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.

ESTA RECETA ES VÁLIDA DURANTE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE SU EXPEDICIÓN.

➔
Leyenda de vigencia

En caso de prescribir antibióticos este folio deberá acompañarse de la receta particular del médico tratante Farmacia 1



FORMATO DE FARMACIA

PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
 PRODUCTO: Plan de Acceso Médico con Asistencia Funeraria
 EMPRESA:
 PYME:

PACIENTE: <input type="text"/> CÓD AFILIADO: <input type="text"/> ELEGIBILIDAD: <input type="text"/> FOLIO: <input type="text"/>	NOMBRE DEL MÉDICO: <input type="text"/> ESPECIALIDAD: <input type="text"/> CLAVE DEL MÉDICO: <input type="text"/>	FECHA: 23/10/2020 17:19:21 ➔ Fecha de expedición CIE-10: H850
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OPCIONES DE SURTIDO

7501070612955
 7501125179198
 75010644560751
 7501258211888

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:

Surtir de acuerdo a la sal.

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Firma del Médico

Dato s Llenados por la Farmacia

MONTO \$	DESCUENTO \$	IVA \$	PRECIO TOTAL \$
SUBTOTAL \$		Fecha surtido: <input type="text"/>	
		No. Unidades: <input type="text"/>	

CÓDIGO EAN

AUTORIZACIÓN:

FOLIO 

Otorgo mi consentimiento para que se utilicen mis datos personales y/o sensibles para identificación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.

Firma del Paciente

Este pase es válido durante los 10 días naturales después de expedido

➔
Leyenda de vigencia

¿En caso de que el médico de red me prescriba estudios de laboratorio y/o gabinete, que tengo que hacer?

Si derivado del padecimiento, es necesario hacer uso del servicio de laboratorio y/o gabinete, el médico tratante de la red te expedirá un formato con el que deberás acudir a realizarte los estudios con proveedores pertenecientes a la red.

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Los formatos que vas a recibir serían como estos:

Formato electrónico:



MediAccess **FORMATO DE LABORATORIO**

PACIENTE: [REDACTED] PLAN: MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD
CÓD AFILIADO: [REDACTED] PRODUCTO: Plan de Seguro Colectivo Básico Plus
ELEGIBILIDAD: [REDACTED] EMPRESA: [REDACTED]
FOLIO: [REDACTED] PYME: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO: [REDACTED] FECHA: 30/10/2020 16:33:26 COPAGO 0% CLAVE PROVEEDOR [REDACTED]
ESPECIALIDAD: [REDACTED]
CLAVE DEL MÉDICO: [REDACTED]

INDICACIONES MÉDICAS

Debes llenarlo por LABORATORIO

CÓDIGO CPT		Fecha surtido:
MONTO TOTAL	\$	diagnóstico
DESCUENTO	\$	Descripción del Procedimiento
SUBTOTAL	\$	
IVA	\$	
RET. IVA	\$	
ISR	\$	
PRECIO TOTAL	\$	

Declaro bajo protesta de decir la verdad que el diagnóstico y tratamiento indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del Paciente

Otorgo mi consentimiento para que se utilicen mis datos personales y/o sensibles para identificación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros para estos fines

Firma del Médico Este pase es válido durante los 30 días naturales después de expedido Firma del Paciente

Formato manual:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B** 
 4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> </td> <td style="width: 33%;"> </td> <td style="width: 33%;"> </td> </tr> </table>						

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE			
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
No. de Cédula Profesional/especialidad:		Especialidad:	

DATOS DEL PACIENTE					
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA <small>CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA PARA COORDINAR ESTRUCTURAL AL REVISOR (DEL "TANTO" DE ESTE FORMATO).</small>			
		Subsecuente No. _____				
		Médico de Cabecera				
Firma del Médico:			Firma de Conformidad del Paciente:			
<small>Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente</small>			<small>Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación, operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para estos fines.</small>			

SERVICIOS REFERIDOS 1										
<input type="checkbox"/> Laboratorio y Gabinete <input type="checkbox"/> Óptica <input type="checkbox"/> Otros Apoyos Médicos <input type="checkbox"/> Observación							DD	MM	AA	
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio					Autorización (sólo en caso de requerirse):			
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	LV.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA			
<small>ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO</small>								FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE		

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después, deberás seguir el siguiente proceso:

Ubica los proveedores que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “Conozca nuestra red de Proveedores”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Una vez elegido el proveedor de tu elección, llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess para concertar tu cita (día y hora).

Es importante que te comuniques con el proveedor para conocer las condiciones particulares bajo las cuales debes acudir al momento de tu cita para poder hacer de manera oportuna tu estudio.

Al acudir a realizarte el estudio presenta tu formato, original y copia de tu credencial MediAccess e identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se

deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:	MARCELA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ		
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA					
PLAN	SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL				
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
SERVICIOS DE PRIMER CONTACTO		0%	LÍMITADA		
SERVICIOS DE ESPECIALIDAD		0%	LÍMITADA		
HOSPITALIZACIÓN BÁSICA		\$100	LÍMITADA		
HOSPITALIZACIÓN AVANZADA		0%	LÍMITADA		
APOYOS DE DIAGNÓSTICO		0%	LÍMITADA		



Parte frontal



Parte posterior

¿Cómo hago uso de la cobertura “Servicios de Terapia” contratada en mi póliza?

Si derivado del padecimiento, es necesario hacer uso de servicios de terapia, el médico tratante de la red te expedirá el formato con el cual tendrás acceso al servicio.

El formato que recibirás será como el siguiente:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B** 
4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE							
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):				
No. de Cédula Profesional/especialidad:		Especialidad:					
DATOS DEL PACIENTE							
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:				
		Apellido Materno:	Nombre (s):				
PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO							
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE	
PRINCIPAL							
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
SECUNDARIO 2							
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CÓDIFICAR VERIFICATIVO AL REVERSO DEL "TANTO" "D" DE ESTE FORMATO.)				
		Subsecuente No. _____					
		Médico de Cabecera _____					
Firma del Médico:				Firma de Conformidad del Paciente:			
Dedero bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente				Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para estos fines.			
SERVICIOS REFERIDOS 1							
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación				DD	MM	AA	
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio				Autorización (sólo en caso de requerirse):		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	IV.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO		FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE					

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Cuando el médico tratante de la red te entregue el pase de referencia para terapias llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

con al menos 24 horas de anticipación donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios para concertar tu cita para las terapias de rehabilitación, ten a la mano tu credencial vigente MediAccess.

Después deberás presentarte con 15 minutos de anticipación a la hora de la cita programada, llevar tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía, con excepción de menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial y deberás presentar el pase de referencia expedido.

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en tu carátula individual, credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO. Tu número de póliza		AGENTE: FORTI-CORSA			
SOLICITUD NO. 1000		NOMBRE: ESTERITA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ			
FECHA DE EMISION: 17/04/2020					
NOMBRE CONTRATANTE					RFC
JIMENEZ YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ					XXXXXXXXXX
DOMICILIO					
JIMENEZ YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ CALLE DE MEXICO SUFRIANO A MADRE DE DIOS					
NOMBRE TITULAR					RAMO
JIMENEZ YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ					SALES
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
10001	JIMENEZ YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ	F	17/04/2020	01/01/2020	\$1,176.00
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA Desde el 01/01/2020 al 31/12/2020					
PLAN SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL					
SUMA ASEGURADA \$10,000.00					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO		\$0.00	LIBRE		
MEDICAMENTOS		\$0.00	LIBRE		
HOSPITALIZACIÓN		50%	\$10,000.00		
HOSPITALIZACIÓN ESPECIAL		\$0.00	LIBRE		
MEDICAMENTOS		50%	LIBRE		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO		50%	LIBRE		
PROCESOS QUIRÚRGICOS Y DENTARIOS		50%	\$0.00		
ATENCIÓN MÉDICA		100%	LIBRE		
SERVICIOS DE TERAPIA		50%	LIBRE		
CUIDADO INTENSIVO		50%	10 SEMANAS POR AÑO		
EMERGENCIAS EN EL EXTRANJERO		\$0.00	\$0.00 LIBRE		
SERVICIOS DE VACUNACIÓN		\$0.00	LIBRE		
FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN		\$0.00	30 SEMANAS POR AÑO		
SERVICIOS		\$0.00	LIBRE		
CONSULTAS MÉDICAS TELEFÓNICAS		\$0.00	LIBRE		
SERVICIOS DE CUIDADO		50%	24 SEMANAS		
PARTO, CUIDADO Y ATENCIÓN AL NEONATO (MOMENTO)		\$0.00	\$0.00 LIBRE		
SERVICIOS DE TERAPIA		\$0.00	30 SEMANAS CON 1 TURNO POR AÑO		



Parte frontal

Parte posterior

¿Qué tengo que hacer en caso de que ingrese a un hospital por una urgencia médica real?

Deberás seguir el siguiente proceso:

Para que tu atención sea más rápida y eficiente en caso de presentarse alguna urgencia médica real, te recomendamos visitar frecuentemente la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “*Conozca nuestra red de Proveedores*”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55)-9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800)-681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

para conocer y ubicar los hospitales que forman parte de la Red de Prestadores de Servicios.

De esta forma si se presenta una urgencia médica real podrás acudir directamente al área de urgencias de los hospitales más cercanos que correspondan con el plan que hayas contratado.

Una vez en urgencias presenta tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial), para que tu ingreso por urgencia médica real sea reportado al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

¿Qué debo hacer en caso de tener una urgencia que requiera hospitalización?

Si derivado de la urgencia médica requieres ser hospitalizado, el médico tratante te dará la indicación y después deberás llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

para informar que te están indicando que serás hospitalizado, posteriormente deberás acudir al área de admisión hospitalaria para que realicen el proceso de internamiento.

¿Qué debo hacer en caso de que me informen que requiero ser hospitalizado?

En caso de que requieras ser hospitalizado, esto será programada por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y será quien envíe todos los documentos y estudios que se requieran al área de programación correspondiente. Además, deberás llenar el siguiente formato:



Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901-B
Col. Jardines del Pedregal, del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX.

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

<input type="checkbox"/> REEMBOLSO	<input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> PAGO - DIRECTO
<input type="checkbox"/> TIPO DE RECLAMACIÓN	<input type="checkbox"/> EMBARAZO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE		NO. DE PÓLIZA	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		R.F.C. O C.U.R.P.	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO		R.F.C. O C.U.R.P.	
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO	FECHA DE ALTA	NACIONALIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO CON EL TITULAR	CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO / CALLE		NO EXTERIOR	NO INTERIOR
C.P.		ESTADO	DELEGACIÓN
OCCUPACIÓN O PROFESIÓN		LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA	GIRO DE LA EMPRESA
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA ___ SI ___ NO		SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO	
COMPañÍA No. PÓLIZA		FECHA DE ALTA	
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? ___ SI ___ NO		COMPañÍA No. PÓLIZA	
TIPO DE RECLAMACIÓN ___ INICIAL ___ COMPLEMENTARIA		INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ	
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD			
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD			
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN			
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE?			
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO)			
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? ___ SI ___ NO			
COBERTURA		ASEGURADA	NO. DE PÓLIZA
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO		ESTUVO HOSPITALIZADO ___ SI ___ NO	DÍAS DE ESTANCIA
¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y / O TRATAMIENTO?			
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE		ESPECIALIDAD	
DIRECCIÓN		TEL. Y / O E-MAIL	
¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?		CAUSA Y FECHA	
		TEL. Y / O E-MAIL	

DOCUMENTOS PRESENTAR

- 1.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
- 2.- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
- 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTADE NACIMIENTO).
- 4.- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC).
- 5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.
- 6.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.

NOTA

AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, AUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MISMA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD LO CONSIDERE OPORTUNO INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASU VEZ MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O TITULAR	FECHA
	LUGAR

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red te citará para entregarte la carta de autorización y la orden de internamiento.

La carta de programación que te entregarán será como la que se muestra a continuación:

Ejemplo de Carta Programación para Hospitalización



**CARTA AUTORIZACION
MÉDICO TRATANTE**

Folio formato: [REDACTED]

México CDMX, 13/11/2019 19:37:54

Estimado(a) Dr(a). [REDACTED]

Le informamos de la aprobación de la programación quirúrgica siguiente:

REFERENCIA			
Nombre del paciente	[REDACTED]	Afiliaación	[REDACTED]
Compañía	[REDACTED]	No. autorización	[REDACTED]
Código ICD-10	[REDACTED]	Diagnóstico	[REDACTED]
Fecha de programación	[REDACTED]	Tipo de cirugía	[REDACTED]
Médico tratante	[REDACTED]	Clave	[REDACTED]
Lugar a realizarse	[REDACTED]	Clave	[REDACTED]
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICO AUTORIZADOS.			
Cirujano	Anestesiólogo	1er. Ayudante	2do. Ayudante
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
DETALLE DE LOS HONORARIOS MÉDICOS AUTORIZADOS.			
CPT	Descripción		
[REDACTED]	[REDACTED]		

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO TRATANTE

1.- Esta carta tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de programación.

Acude al hospital en la fecha acordada con tu médico tratante de la red. Preséntate en el área de admisión con la carta de autorización de programación, orden de internamiento, los resultados de tus estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

En caso de que no presentaras los estudios de laboratorio y/o gabinete, éstos serán realizados en el hospital y los gastos correrán por tu cuenta.

El copago que deberás de pagar es el copago de hospitalización recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO.		Tu número de póliza		AGENTE:	
SOLICITUD NO.				NOMBRE:	
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE				RFC	
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR				RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA		Desde las 00:00 del día 02 de junio del 2020		Hasta las 24:00 del día 01 de junio del 2021	
PLAN		SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL			
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
HOSPITALIZACIÓN					



Parte frontal



Parte posterior

Es importante mencionar que el copago de hospitalización se le agregará el IVA correspondiente.

¿Qué debo hacer en caso de que mi médico tratante de red me indique que requiero de una cirugía?

En caso de requerir cirugía, ésta será programada por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y será quien envíe todos los documentos y estudios que se requieran al área de programación de cirugía.

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red te citará para entregarte la carta de autorización y la orden de internamiento.

La carta de programación que te entregarán será como la que se muestra a continuación:

Ejemplo de Carta Programación para Hospitalización

MediAccess		CARTA AUTORIZACION MÉDICO TRATANTE	
Folio formato:		México CDMX, 13/11/2019 19:37:54	
Estimado(a) Dr(a).			
Le informamos de la aprobación de la programación quirúrgica siguiente:			
REFERENCIA			
Nombre del paciente		Afilación	Elegibilidad
Compañía		No. autorización	
Código ICD-10		Diagnóstico	
Fecha de programación		Tipo de cirugía	
Médico tratante		Clave	
Lugar a realizarse		Clave	
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICO AUTORIZADOS.			
Cirujano	Anestesiólogo	1er. Ayudante	2do. Ayudante
DETALLE DE LOS HONORARIOS MÉDICOS AUTORIZADOS.			
CPT	Descripción		
INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO TRATANTE			
1.- Esta carta tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de programación.			

Acude al hospital en la fecha acordada con tu médico tratante de la red. Preséntate en el área de admisión con la carta de autorización de programación, orden de internamiento, los resultados de tus estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

En caso de que no presentaras los estudios de laboratorio y/o gabinete, éstos serán realizados en el hospital y los gastos correrán por tu cuenta.

El copago que deberás de pagar es el copago de hospitalización recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO. Tu número de póliza		AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:			
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA		PLAN			
Desde las 00:00 del día 02 de junio del 2020		Hasta las 24:00 del día 31 de junio del 2021			
PLAN		SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL			
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
HOSPITALIZACIÓN					



Parte frontal



Parte posterior

Es importante mencionar que el copago de hospitalización se le agregará el IVA correspondiente.

¿Qué debo hacer en caso de que deba someterme a un tratamiento que requiere hospitalización?

En caso de requerir tratamientos hospitalarios, estos serán programados por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y será quien envíe todos los documentos y estudios que se requieran al área de programación correspondiente. Además, deberás llenar el siguiente formato:



AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMIENDAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.
 Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901-B
 Col. Jardines del Pedregal, del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN
 REEMBOLSO PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO PAGO - DIRECTO
 ACCIDENTE EMBARAZO ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE		NO. DE PÓLIZA	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		R.F.C. O C.U.R.P.	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO		R.F.C. O C.U.R.P.	
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO	FECHA DE ALTA	NACIONALIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO CON EL TITULAR	CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO / CALLE		NO EXTERIOR	NO INTERIOR
C.P.		ESTADO	DELEGACIÓN
OCCUPACIÓN O PROFESIÓN		LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA	GIRO DE LA EMPRESA
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA ___ SI ___ NO		SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINISTRO	
COMPañÍA No. PÓLIZA		FECHA DE ALTA	
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? ___ SI ___ NO		COMPañÍA No. PÓLIZA	
TIPO DE RECLAMACIÓN ___ INICIAL ___ COMPLEMENTARIA		INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ	
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD			
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD			
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN			
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE: ¿CÓMO Y DÓNDE FUE?			
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO)			
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? ___ SI ___ NO			
COBERTURA		ASEGURADA	NO. DE PÓLIZA
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO		ESTUVO HOSPITALIZADO ___ SI ___ NO	DÍAS DE ESTANCIA
¿QUE ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y / O TRATAMIENTO?			
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE		ESPECIALIDAD	
DIRECCIÓN		TEL. Y / O E-MAIL	
¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?		CAUSA Y FECHA	
		TEL. Y / O E-MAIL	

DOCUMENTOS PRESENTAR:

- 1.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
- 2.- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
- 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTADE NACIMIENTO).
- 4.- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC).
- 5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.
- 6.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.

NOTA:
 AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, AUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MISMA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD, LO CONSIDERE OPORTUNO INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASÍ VEZ MEDIACCESS SEGUROS DE SALUD PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O TITULAR _____ FECHA _____
 _____ LUGAR _____

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red te citará para entregarte la carta de autorización y la orden de internamiento.

La carta de programación que te entregarán será como la que se muestra a continuación:

Ejemplo de Carta Programación para Hospitalización



**CARTA AUTORIZACION
MÉDICO TRATANTE**

Folio formato: [redacted]

México CDMX, 13/11/2019 19:37:54

Estimado(a) Dr(a). [redacted]

Le informamos de la aprobación de la programación quirúrgica siguiente:

REFERENCIA			
Nombre del paciente	[redacted]	Afilación	[redacted]
Compañía	[redacted]	No. autorización	[redacted]
Código ICD-10	[redacted]	Diagnóstico	[redacted]
Fecha de programación	[redacted]	Tipo de cirugía	[redacted]
Médico tratante	[redacted]	Clave	[redacted]
Lugar a realizarse	[redacted]	Clave	[redacted]
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICO AUTORIZADOS.			
Cirujano	Anestesiólogo	1er. Ayudante	2do. Ayudante
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
DETALLE DE LOS HONORARIOS MÉDICOS AUTORIZADOS.			
CPT	Descripción		
[redacted]	[redacted]		

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO TRATANTE

1.- Esta carta tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de programación.

Acude al hospital en la fecha acordada con tu médico tratante de la red. Preséntate en el área de admisión con la carta de autorización de programación, orden de internamiento, los resultados de tus estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess junto con una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

En caso de que no presentaras los estudios de laboratorio y/o gabinete, éstos serán realizados en el hospital y los gastos correrán por tu cuenta.

El copago que deberás de pagar es el copago de hospitalización recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:	[Redacted]	NOMBRE:	[Redacted]
SOLICITUD NO.	[Redacted]				
FECHA DE EMISION:	[Redacted]				
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
[Redacted]			[Redacted]		
DOMICILIO					
[Redacted]					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
[Redacted]			[Redacted]		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA	Desde las 00:00 del día 02 de junio del 2020		Hasta las 24:00 del día 01 de junio del 2021		
PLAN	[Redacted] - SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL				
SUMA ASEGURADA	[Redacted]				
COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA			
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]			
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]			
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]			
HOSPITALIZACIÓN	[Redacted]	[Redacted]			



Parte frontal



Parte posterior

Es importante mencionar que el copago de hospitalización se le agregará el IVA correspondiente.

¿Qué tengo que hacer, si necesito sesiones de quimioterapia o radioterapia?

El médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios determinará si tu padecimiento requiere sesiones de quimioterapia o radioterapia, y será quien envíe todos los documentos y

estudios que se requieran para la programación de dichas sesiones y deberás llenar el siguiente formato:

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red se comunicará vía telefónica para que asistas directamente a su consultorio o te citará para entregarte la carta de autorización

La carta de autorización que te entregarán será como la que se muestra a continuación:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B** 
4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE			
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
No. de Cédula Profesional/especialidad:		Especialidad:	
DATOS DEL PACIENTE			
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:
			Apellido Materno:
			Nombre (s):

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	

Autorización (solo en caso de requerirse):
 Primera Vez
 Subsecuente No. _____
 Médico de Cabecera

ATENCIÓN PREVENTIVA
 CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA
 (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO
 DEL TANTO "D" DE ESTE FORMATO.)

Firma del Médico: 
Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Firma de Conformidad del Paciente:
Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para estos fines.

SERVICIOS REFERIDOS 1

Laboratorio y Gabinete
 Óptica
 Otros Apoyos Médicos
 Observación

Clave Proveedor:

Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio

Autorización (sólo en caso de requerirse):

DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	L.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA

ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO

FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE

-1502-CC00002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Acude al lugar correspondiente en la fecha acordada con tu médico tratante de la red. Preséntate con la carta de autorización de programación, resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess junto con una identificación oficial con fotografía (con

excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza, credencial individual y/o certificado individual como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

Página 1 de 2

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:			
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE				RFC	
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR				RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA					
PLAN SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL					
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
MEDICAMENTOS					



Parte frontal



Parte posterior

Mi médico tratante de red me comenta que voy a requerir de una prótesis, o endoprótesis o material de osteosíntesis ¿Qué tengo que hacer para que lo cubra mi póliza?

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

El médico tratante de la red te entregará un formato con las especificaciones de las prótesis, endoprótesis o material de osteosíntesis requerido.

Recuerda que los formatos para material de ortopedia tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Los formatos que vas a recibir serían como estos:

		ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO Y SERVICIOS REFERIDOS		Folio: B			
Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.		4763601-2					
Fecha Consulta: Día Mes Año		Cliente:		Ciudad, Estado:		Elegibilidad:	
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE							
Clave del Médico:		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombre (s):	
No. de Cédula Profesional/especialidad:				Especialidad:			
DATOS DEL PACIENTE							
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
						Nombre (s):	
PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO							
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE	
PRINCIPAL							
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
SECUNDARIO 2							
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA				
		Subsecuente No. _____	CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA				
		Médico de Cabecera	(PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO "D" DE ESTE FORMATO.)				
Firma del Médico:			Firma de Conformidad del Paciente:				
			<small>Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para estos fines.</small>				
SERVICIOS REFERIDOS 1							
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación					DD	MM	AA
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio			Autorización (sólo en caso de requerirse):		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO		FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE					

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después, deberás seguir el siguiente proceso:

Ubica los prestadores de servicios que pertenecen a la Red en la página de internet www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “Conozca nuestra red de proveedores”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess: (55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Presenta el formato, credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO. Tu número de póliza		AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:			
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE				RFC	
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR				RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA	PLAN SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL				
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO		SUMA ASEGURADA	
PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS					

MediAccess
Seguros de Salud

COLECTIVO INTEGRAL EMPRESARIAL

No Afiliado:
Vigencia:
Póliza:

DP

mediaccess.com.mx @MediAccessSalud /Medi.Access

Parte frontal

MediAccess
Seguros de Salud

24/7
horas al día
365 días al año

9150-2948
CDMX y Área Metropolitana
01-800-681-0249
Interior de la República

Ortesis, prótesis y endoprótesis

Servicio Copago

Parte posterior

Mi médico tratante de la red me receta la utilización de la cámara hiperbárica, ¿qué tengo que hacer para utilizar este servicio?

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

El médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios determinará si tu padecimiento requiere sesiones de cámara hiperbárica, y será quien envíe todos los documentos y estudios que se requieran para la programación de dichas sesiones.

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red se comunicará vía telefónica para que asistas directamente a su consultorio o te citará para entregarte la carta de autorización

La carta de autorización que te entregarán será como la que se muestra a continuación:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B** 
4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año			Cliente:			Ciudad, Estado:			Elegibilidad:					
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE														
Clave del Médico:			Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):					
No. de Cédula Profesional/especialidad:						Especialidad:								
DATOS DEL PACIENTE														
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:		Edad:		Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA	
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez Subsecuente No. _____ Médico de Cabecera		ATENCIÓN PREVENTIVA <small>CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TANTO" O "D" DE ESTE FORMATO.)</small>		
Firma del Médico:			Firma de Conformidad del Paciente:			

Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.

SERVICIOS REFERIDOS 1							
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos <input type="radio"/> Observación					DD	MM	AA
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio			Autorización (sólo en caso de requerirse):		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	L.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO				FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE			

-1502-CC000002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Acude al lugar correspondiente en la fecha acordada con tu médico tratante de la red. Preséntate con la carta de autorización de programación, resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess junto con una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial).

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza y/o tu certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:			
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA					
PLAN	SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL				
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA			
CONSULTA TIPO DE PRIMARIO GENERALISTA	\$0.00	\$1,000.00			
CONSULTA TIPO DE ESPECIALIZADO	\$0.00	\$1,000.00			
EXAMENES	\$0.00	\$1,000.00			
HOSPITALIZACIÓN GENERAL	\$0.00	\$1,000.00			
QUIRÓFANOS	\$0.00	\$1,000.00			
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	\$0.00	\$1,000.00			
PROCESOS, INTERFERENCIAS Y TRANSFERENCIAS	\$0.00	\$1,000.00			
ATENCIÓN MÉDICA	\$0.00	\$1,000.00			
SERVICIOS DE TERAPIA	\$0.00	\$1,000.00			
CÁMARA HIPERBÁRICA	\$0.00	\$1,000.00			

¿Cómo hago uso de la cobertura “Suministro de Oxígeno” contratada en mi póliza?

Si derivado de alguna enfermedad o accidente cubierto el médico tratante de la red te prescribe el consumo de oxígeno deberás seguir el siguiente proceso de acuerdo con la situación en la que te encuentres:

- a) Si estás hospitalizado, el médico tratante informará al Centro de Atención Telefónica de MediAccess para coordinar la instalación del mismo en tu domicilio.

- b) En caso de que no se derive de un proceso de hospitalización, el médico tratante te proporcionará un formato como el que se muestra a continuación:



**ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO
Y SERVICIOS REFERIDOS**

Folio: **B** 
4763601-2



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Día Mes Año	Cliente:	Ciudad, Estado:	Elegibilidad:				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE							
Clave del Médico:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):				
No. de Cédula Profesional/especialidad:		Especialidad:					
DATOS DEL PACIENTE							
No. de beneficiario o credencial:	Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:				
			Apellido Materno:				
			Nombre (s):				
PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO							
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE	
PRINCIPAL							
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
SECUNDARIO 2							
PRECIO UNITARIO		COPAGO %	COPAGO \$		RESTA		
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	ATENCIÓN PREVENTIVA CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL "TANTO" "D" DE ESTE FORMATO.)				
		Subsecuente No. _____					
		Médico de Cabecera					
Firma del Médico:			Firma de Conformidad del Paciente:				
 <small>Declaro bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente</small>			<small>Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para éstos fines.</small>				
SERVICIOS REFERIDOS 1							
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación					DD	MM	AA
Clave Proveedor:	Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio				Autorización (sólo en caso de requerirse):		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	I.V.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO							FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE

1502-CC00002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Después deberás llamar Centro de Atención Telefónica MediAccess:
 (55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
 (800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo
 para coordinar el servicio

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en la carátula de tu póliza, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza		AGENTE:		
SOLICITUD NO.			NOMBRE:	SUSANA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ	
FECHA DE EMISION:	27/03/2020				
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
SUSANA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ			KABJ27121988		
DOMICILIO					
CALLE 100 LINDAVISTA NORTE, CUADRO DE MÉRITO, GUADALUPE A MÉRITO, CP 07060					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
SUSANA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ			SALUD		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
123456	SUSANA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ	F	12/12/1988	03/2020	\$1,234.56
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA	Desde el 01/01/2020 al 31/12/2020		Desde el 01/01/2020 al 31/12/2020		
PLAN	SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL				
SUMA ASEGURADA	500,000.00				
COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA			
CONSULTA TIPO DE PRIMER CONSULTA	5000	CUBIERTA			
CONSULTA TIPO DE ESPECIALIDAD	5000	CUBIERTA			
EXAMINACION	20%	\$10,000.00			
HOSPITALIZACIÓN BÁSICA	\$5,000	CUBIERTA			
RECUPERACIÓN	20%	CUBIERTA			
APORTE DE DIAGNÓSTICO	20%	CUBIERTA			
PROCESO, INGRESOS Y EGRESOS	20%	\$1,000			
ATENCIÓN MÉDICA	20%	CUBIERTA			
AMBULANCIA DE TRASLADO	10%	CUBIERTA			
CONSULTA REFERENCIAL	20%	10 SESIONES POR AÑO			
EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	\$1,000	\$50,000.00			
EXAMENES DE LABORATORIO	\$5	CUBIERTA			
FISIOTERAPIA E INHALOTERAPIA	5000	20 SESIONES POR AÑO			
RECIPIENTES	\$5	CUBIERTA			
PREVENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	\$5	CUBIERTA			
SUMINISTRO DE OXÍGENO	20%	24 SEMANAS			
PARTE, COBERTA Y ATENCIÓN AL RECEPCIÓN MEDICINA BÁSICA	\$5,000	\$50,000.00			
SERVICIO DE DEFENSA	5000	20 SEMANAS CON 2 TURNOS POR			

Para esta cobertura opera un límite de 24 semanas desde el inicio de la indicación del médico tratante.

Si requiero el servicio de una ambulancia ¿Qué tengo que hacer?

Este servicio deberá ser coordinado y autorizado por la Compañía por lo que deberás de llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

El médico especialista en urgencias determinará si se requiere el traslado (con o sin unidad de terapia intensiva) para lo cual se deberá de contestar algunas preguntas que ayuden a valorar la urgencia presentada.

Al recibir el servicio presenta tu credencial de MediAccess, una identificación oficial con fotografía (con excepción de los menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial) y cubre el Copago correspondiente, recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO. Tu número de póliza		AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:			
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE			RFC		
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR			RAMO		
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA		PLAN SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL			
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
AMBULANCIA TERRESTRE					



Parte frontal



Parte posterior

Estoy embarazada ¿Cómo puedo tener acceso a las consultas?

Para agendar una consulta:

Llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:
(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 Interior de la República Lada sin Costo.

Con al menos 24 horas de anticipación, donde te informará la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial MediAccess.

Esta próxima la fecha de parto o cesárea ¿Que tengo que hacer?

El ginecólogo tratante de la red te apoyará solicitando una carta de autorización para la atención del parto o cesárea en el hospital de la Red de Prestadores de Servicios y de acuerdo con las características de tu producto contratado.

Una vez que esté lista la autorización, el médico tratante de la red te citará para entregarte la carta de autorización y la orden de internamiento

La carta de programación que te entregarán será como la que se muestra a continuación:

Ejemplo de Carta Programación para Hospitalización

MediAccess		CARTA AUTORIZACION MÉDICO TRATANTE	
Folio formato: [REDACTED]		México CDMX, 13/11/2019 19:37:54	
Estimado(a) Dr(a). [REDACTED]			
Le informamos de la aprobación de la programación quirúrgica siguiente:			
REFERENCIA			
Nombre del paciente	[REDACTED]	Afiliación	[REDACTED]
Compañía	[REDACTED]	No. autorización	[REDACTED]
Código ICD-10	[REDACTED]	Diagnóstico	[REDACTED]
Fecha de programación	[REDACTED]	Tipo de cirugía	[REDACTED]
Médico tratante	[REDACTED]	Clave	[REDACTED]
Lugar a realizarse	[REDACTED]	Clave	[REDACTED]
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICO AUTORIZADOS.			
Cirujano	Anestesiólogo	1er. Ayudante	2do. Ayudante
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
DETALLE DE LOS HONORARIOS MÉDICOS AUTORIZADOS.			
CPT	Descripción		
[REDACTED]	[REDACTED]		
INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO TRATANTE			
1.- Esta carta tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de programación.			

Acude al hospital en la fecha acordada con tu médico tratante de la red . Preséntate en el área de admisión con la carta de autorización de programación, orden de internamiento, los

resultados de tus estudios de laboratorio y/o gabinete y tu credencial MediAccess junto con una identificación oficial con fotografía.

El copago que deberás de pagar es el copago de **Parto, Cesárea y Atención al Recién Nacido Sano**, recuerda que esta información viene indicada en la carátula de tu póliza y/o certificado individual como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:	MARCIA YOLANDA JIMENEZ JIMENEZ		
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE				RFC	
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR				RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA					
PLAN	SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL				
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS	COPAGO	SUMA ASEGURADA			
CONSULTA TIPO DE PRIMER CONTACTO	\$0.00	\$0.00			
CONSULTA TIPO DE ESPECIALIDAD	\$0.00	\$0.00			
EXAMENES	\$0.00	\$0.00			
HOSPITALIZACIÓN BÁSICA	\$0.00	\$0.00			
RECUPERACIÓN	\$0.00	\$0.00			
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	\$0.00	\$0.00			
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	\$0.00	\$0.00			
PREVENCIÓN MÉDICA	\$0.00	\$0.00			
LABORATORIO DE TRABAJO	\$0.00	\$0.00			
ASISTENCIA ODONTOLÓGICA	\$0.00	\$0.00			
ASISTENCIA EN EL ENTRENAMIENTO	\$0.00	\$0.00			
TRATAMIENTO DE VACUNACIÓN	\$0.00	\$0.00			
PSICOLOGÍA Y NEUROLOGÍA	\$0.00	\$0.00			
OTOLINGÜELOGÍA	\$0.00	\$0.00			
PREVENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	\$0.00	\$0.00			
LABORATORIO DE ÚTERO	\$0.00	\$0.00			
PARTO, CESÁREA Y ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO SANO	\$0.00	\$70,000.00			

¿Cuánto tengo de suma asegurada en mi cobertura de maternidad?

La suma asegurada para esta cobertura es de \$70,000.

¿Qué debo hacer para dar de alta a mi bebé recién nacido en la vigencia de la póliza?

Para poder dar de alta a tu bebé, deberás contar con al menos diez meses de cobertura continua con MediAccess Seguros de Salud y además presentar el acta de nacimiento o certificado de nacimiento dentro de los 30 días siguientes al nacimiento, para que MediAccess no requiera pruebas de asegurabilidad.

En caso de que no lo des de alta en el tiempo indicado, MediAccess Seguros de Salud podrá solicitarte información adicional y el solicitante estará sujeto a un proceso de selección.

¿Está cubierta la circuncisión para recién nacidos?

En casos de recién nacidos, se cubren los gastos por este concepto hasta 72 horas posteriores al nacimiento siempre y cuando sean por indicaciones médicas y con diagnóstico de fimosis y parafimosis, además la madre asegurada deberá tener al menos diez meses de cobertura continua con MediAccess al momento del evento.

¿Está cubierta la circuncisión para no recién nacidos?

Se cubrirán los gastos generados por esta cobertura siempre y cuando el asegurado cumpla con al menos 2 años de contratación ininterrumpida en su plan y en apego a lo indicado en las condiciones generales de este producto.

¿Cómo puedo hacer uso de mi cobertura de vacunas?

Para el uso de esta cobertura deberás agendar primero una consulta con un médico tratante de la red, quién te apoyará con la solicitud de vacunas y te concertará una nueva cita para la aplicación de las mismas.

Hacemos de tu conocimiento que las vacunas cubiertas son aquellas descritas en la cartilla nacional de vacunación.

Para poder agendar una consulta llama con al menos 24 horas de anticipación al Centro de Atención Telefónica:

55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial.

¿Cómo hago uso de la cobertura “*Servicios de Enfermería*” contratada en mi póliza?

El médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios determinará si requieres el uso de servicios de enfermería y él será quien te apoyará con la solicitud del servicio y te proporcionará un formato como el que se muestra a continuación:



Este formato sólo será válido con un Número de Elegibilidad que debe solicitar el mismo día en que se otorga el servicio. Este folio no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Escribir firmemente usando letra de molde y legible.

Fecha Consulta: Dia Mes Año			Cliente:			Ciudad, Estado:			Elegibilidad:						
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE															
Clave del Médico:			Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):						
No. de Cédula Profesional/especialidad:									Especialidad:						
DATOS DEL PACIENTE															
No. de beneficiario o credencial:		Parentesco:	Edad:	Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):					

PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO						
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CPT 4	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	UNIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
PRINCIPAL						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
SECUNDARIO 2						
PRECIO UNITARIO		COPAGO %		COPAGO \$		RESTA
Autorización (solo en caso de requerirse):		Primera Vez	Subsecuente No. _____	ATENCIÓN PREVENTIVA		
			Médico de Cabecera	CÓDIGOS DE ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA (PARA CODIFICAR VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DEL TANTO "D" DE ESTE FORMATO.)		
Firma del Médico:			Firma de Conformidad del Paciente:			
			Otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales y/o sensibles para identificación operación, administración y tratamiento médico, los cuales podrán ser transferidos a terceros solo para estos fines.			
Dedo bajo protesta de decir verdad que los servicios indicados son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente						

SERVICIOS REFERIDOS 1								
<input type="radio"/> Laboratorio y Gabinete <input type="radio"/> Óptica <input type="radio"/> Otros Apoyos Médicos Observación						DD	MM	AA
Clave Proveedor:		Nombre o razón social del proveedor que otorgó servicio				Autorización (sólo en caso de requerirse):		
DESCRIPCIÓN E INDICACIONES DEL SERVICIO REQUERIDO	CÓDIGO CPT 4	PRECIO UNITARIO	IV.A.	TOTAL	COPAGO %	COPAGO \$	RESTA	
ESTE PASE ES VÁLIDO DURANTE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE EXPEDIDO		FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE						

-1502-CC00002

NOTA: Es importante que los formatos lleven tu firma y en caso de que el asegurado sea menor de edad, este deberá ser firmado por el padre o tutor.

Recuerda que los formatos de servicios referidos tienen una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Para esta cobertura opera un límite de 30 días con 3 turnos por día desde el inicio del padecimiento.

¿Con qué beneficios cuenta la cobertura de “Emergencia en el Extranjero” contratada en mi póliza de seguro y cómo hago uso de estos servicios?

Este beneficio está cubierto únicamente si te atiendes con la red de proveedores de Medi Access, para lo cual deberás llamar al centro de llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Los beneficios que se incluyen en esta cobertura son los siguientes:

- Gastos médicos y de hospitalización a causa de accidente o enfermedad imprevista y aguda hasta 50,000 USD con un deducible de 50 USD.
- Traslado Médico de Emergencia al hospital más cercano y/o adecuado.
- Consulta, evaluación y referencia médica.
- Evaluación médica de emergencia.
- Repatriación médica.
- Asistencia de ingreso hospitalario.
- Supervisión médica.
- Asistencia para recetas médicas.
- Transmisión de mensajes de emergencia.
- Visita compasiva.
- Cuidado de menores.
- Retorno de restos mortales.
- Orientación por trauma de emergencia.
- Referenciales legales e intérpretes.
- Asistencia para documentos y equipaje perdido.
- Coordinación de fianzas.
- Coordinación de dinero en efectivo de emergencia.
- Información previa al viaje.
- Servicios de aplicación móvil.
- Regreso anticipado.
- Asistencia psicológica de emergencia.

¿Cómo puedo agendar una consulta con un dentista?

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

Agenda tu cita con al menos 24 horas de anticipación al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

donde te informarán la disponibilidad de médicos y horarios de la Red de Prestadores de Servicios, ten a la mano tu credencial MediAccess. Debes presentarte con 15 minutos de anticipación a la hora de la cita programada, llevar tu credencial MediAccess y una identificación oficial con fotografía, con excepción de menores de edad, en este caso se deberá presentar credencial MediAccess del menor, acompañado por un adulto con su identificación oficial.

Una vez recibido el servicio, deberás cubrir el copago que viene indicado en tu carátula de póliza, credencial MediAccess y/o certificado individual, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2

MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO. Tu número de póliza		AGENTE:			
SOLICITUD NO.		NOMBRE:			
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE					RFC
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR					RAMO
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA					
PLAN SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL					
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA		
ODONTOLOGÍA					



Parte frontal



Parte posterior

¿Cómo utilizo mi cobertura “Apoyo para la compra de leche” y cuál es el alcance de esta?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar la carátula de tu póliza y/o certificado individual y verifica que está cubierta como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA				
PÓLIZA NO.	Tu número de póliza	AGENTE:		
SOLICITUD NO.		NOMBRE:		
FECHA DE EMISION:				
NOMBRE CONTRATANTE			RFC	
DOMICILIO				
NOMBRE TITULAR			RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS				
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA				
VIGENCIA				
PLAN	SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL			
SUMA ASEGURADA				
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO	SUMA ASEGURADA	
AYUDA DE LECHE		100%		
HOSPITALIZACIÓN INFANCIA		100%		
MEDICAMENTOS		100%		
SERVICIO DE ENFERMERÍA		100%		

En caso de que no esté contratada en tu carátula de la póliza y/o certificado individual no aparecerá como cobertura incluida y los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta. Si no contaras con la carátula de tu póliza puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

Se cubrirán los gastos correspondientes a la compra de sustitutos de leche materna prescritos por el médico tratante durante los primeros seis meses de vida del recién nacido o hasta que el gasto erogado alcance como máximo la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual, lo que suceda primero.

El médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios te expedirá el formato en donde te recete alguna fórmula para la alimentación. Recuerda que este formato tiene una vigencia de 10 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Ubica las farmacias que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios en la página de internet: www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “Conozca nuestra red de proveedores”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess: (55)-9150-2948 CDMX y Área Metropolitana (800)-681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

Presenta tu formato, credencial MediAccess e identificación oficial con fotografía.

¿Qué debo hacer en caso de requerir lentes?

Para validar que cuentas con esta cobertura deberás revisar la carátula de tu póliza y/o certificado individual y verificar que está cubierta como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de Certificado Individual

Página 1 de 2 MASS-FRT-OPE-EMI-CPI-000

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA					
PÓLIZA NO.		Tu número de póliza		AGENTE:	
SOLICITUD NO.				NOMBRE:	
FECHA DE EMISION:					
NOMBRE CONTRATANTE				RFC	
DOMICILIO					
NOMBRE TITULAR				RAMO	
DATOS DE LOS ASEGURADOS					
NÚMERO AFILIADO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	FECHA ANTIGUEDAD	PRIMA NETA
DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA					
PLAN		SEGURO DE SALUD COLECTIVO INTEGRAL			
SUMA ASEGURADA					
COBERTURAS INCLUIDAS		COPAGO		SUMA ASEGURADA	
AYUDA DE LENTES					

En caso de que no esté contratada en tu carátula de la póliza y/o certificado individual no aparecerá como cobertura incluida y los gastos de esta cobertura correrán por tu cuenta. Si no contarás con la carátula de tu póliza puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess.

Si tienes contratada esta cobertura deberás seguir el siguiente proceso:

Si tu oftalmólogo tratante de la Red de Prestadores de Servicios te prescribe algún tipo de lentes, dirígete a la óptica de la Red de Prestadores de Servicios que puedes consultar en la página de internet www.segurosmediaccess.com.mx en la sección “*Conozca nuestra red de proveedores*”, o bien llama al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

(55) 9150-2948 CDMX y Área Metropolitana

(800) 681-0249 desde el Interior de la República Lada sin costo.

a fin de utilizar tu cobertura.

Una vez que te encuentres en la óptica de la Red de prestadores de Servicios, solicítale que llamen al Centro de Atención Telefónica MediAccess para tramitar la autorización y monto de esta cobertura. En caso de existir alguna diferencia entre el costo de los lentes que tu elijas y la suma cubierta, deberás absorberla y liquidarla en ese momento directamente a la óptica.

Esto sólo aplica para anteojos graduados. No incluye lentes de contacto ni lentes para Sol.

¿Quedan cubiertos los padecimientos preexistentes en mi póliza de seguro?

No, los padecimientos preexistentes son una exclusión de este producto.

¿Qué pasa si por falta de disponibilidad de Red, el Centro de Atención Telefónica de MediAccess me indica que debo recibir servicios médicos con un proveedor que no pertenece a la Red de prestadores de servicios de la Aseguradora?

Una vez recibido el servicio con el proveedor fuera de la red deberás comunicarte al Centro de Atención Telefónica MediAccess para solicitar información sobre el procedimiento a seguir para tramitar el reembolso correspondiente.

¿Qué pasa si decido atenderme con un proveedor fuera de Red?

Cuando decidas usar el servicio médico fuera de Red para alguna atención médica cubierta por tu póliza de seguros y esta reclamación se ingrese mediante reembolso, deberás seguir el siguiente proceso:

Contacta a tu agente de ventas, o manda un correo electrónico a la siguiente dirección: servicioclientes@mediaccess.com.mx ; o si lo prefieres puedes llamar al Centro de Atención Telefónica MediAccess:

55) 9150-2954 CDMX y Área Metropolitana
(800) 681-0341 desde el Interior de la República Lada sin costo,

donde te indicarán el proceso a seguir.

Sólo se reembolsarán los honorarios de médicos que cuenten con cédula profesional.

Es importante notificarte que MediAccess Seguros de Salud aplicará el 50% de participación adicional al contratado.

En caso de que se trate de una emergencia médica real, MediAccess Seguros de Salud aplicará el 25% de participación adicional al contratado.

La Compañía determinará si los gastos procedentes erogados por padecimientos cubiertos corresponden a una urgencia médica real de acuerdo con las definiciones de tu póliza de seguros. En caso de que los gastos procedentes no hayan sido originados por una urgencia médica real, se reembolsarán aplicando el copago adicional indicado en el caso de una atención médica de no urgencia, aun cuando la atención se haya realizado en el área de urgencias de un hospital.

Para más información, consulta la cobertura “Atención Fuera de Red” de tus condiciones generales.