

IMPORTANTE: CON LA FINALIDAD DE DARLE RESPUESTA EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE, LE SUGERIMOS LEER CUIDADOSAMENTE ESTE DOCUMENTO.

**INSTRUCCIONES PARA SU LLENADO:**

EL PRESENTE FORMATO DEBERA LLENARSE PARA CADA ASEGURADO AFECTADO Y POR CADA PADECIMIENTO, ANEXANDO LOS COMPROBANTES CORRESPONDIENTES PARA CADA UNO.

**I. DATOS DEL CONTRATANTE** (para ser llenado por el solicitante)

**No. DE PÓLIZA:** ANOTAR EL NÚMERO DE PÓLIZA.

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE:** ANOTAR EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE DE LA POLIZA.

**II. DATOS DEL ASEGURADO** (para ser llenado por el solicitante)

**NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR:** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO TITULAR.

**NÚMERO DE CERTIFICADO:** ANOTAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO DEL ASEGURADO TITULAR.

**DIRECCIÓN Y TELÉFONO:** ANOTAR DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL ASEGURADO TITULAR.

**III. DATOS DEL TRAMITANTE** (para ser llenado por el solicitante)

**NOMBRE DEL TRAMITANTE Y TELÉFONO:** ANOTAR NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA QUE REALIZA SU TRÁMITE (ASEGURADO, AGENTE, OFICINA, ETC.).

**IV. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN** (para ser llenado por el solicitante)

**NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO:** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA ENFERMA O AFECTADA.

**LUGAR DE ATENCIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE (ENTIDAD):** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA ENTIDAD EN QUE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO AFECTADO.

**TIPO DE RECLAMACIÓN:** MARCAR CON UNA "X" SI ES PRIMERA RECLAMACIÓN O EL NÚMERO DE FOLIO EN EL CASO DE SER UN COMPLEMENTO DE RECLAMACIÓN.

**TIPO DE EVENTO:** MARCAR CON UNA "X" EL EVENTO CORRESPONDIENTE.

**V. INFORMACIÓN PARA EL PAGO** (para ser llenado por el solicitante)

**DESGLOSE DE DOCUMENTOS:**

**A Y B :** MARCAR CON UNA "X", SEGUN CORRESPONDA.

**C, D, E Y F :** ANOTAR EL NÚMERO DE FACTURA / RECIBO Y LA CANTIDAD QUE AMPARA, EJEMPLO:

No.	CANTIDAD
00234	\$5,300.00

**G:** INDICAR CON (X) TODOS LOS ESTUDIOS QUE SE ANEXAN.

**H, OTROS:** EN ESTE APARTADO PODRA ANOTAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL COMO LOS INFORMES MÉDICOS, CARTAS, COPIAS DE EXPEDIENTES, ANOTAR FACTURAS / RECIBOS EN CASO DE AGOTAR LOS CAMPOS ARRIBA DISPONIBLES, ETC.

**I:** ANOTAR LA SUMA TOTAL DE LA CANTIDAD RECLAMADA.

**TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA:** MARCAR LA OPCIÓN INDICADA SI REQUIERE QUE EL PAGO SE REALICE MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A ALGUNA CUENTA BANCARIA. EN CASO DE MARCAR LA OPCIÓN SI, DEBERÁ REQUISITAR EL FORMATO DE INSTRUCCIÓN DE PAGO FINIQUITO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA.

**II. PARA SER LLENADO EN COORDINACIÓN CON EL PERSONAL DE RECEPCIÓN.**

EL PERSONAL DE RECEPCIÓN DE METLIFE MÉXICO, S.A. LE APOYARÁN EN EL LLENADO DE ESTA SECCIÓN, CON EL OBJETO DE OPTIMIZAR SU TRÁMITE Y EVITARLE TRÁMITES REPETIDOS Y TARDADOS.

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR CADA ASEGURADO:**

- \* LOS FORMATOS DE INFORME MÉDICO, AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD E INSTRUCCIÓN DE PAGO FINIQUITO, ASÍ COMO EL PRESENTE Y OTROS FORMATOS DE TRÁMITE, DEBERÁN ESTAR COMPLETOS Y DEBIDAMENTE REQUISITADOS.
- \* INFORME POR CADA MÉDICO TRATANTE, EXCEPTO EN LOS CASOS DE AYUDANTES DE CIRUJANOS Y ANESTESIOLOGOS.
- \* DOCUMENTOS ORIGINALES Y CON REQUISITOS FISCALES VIGENTES PARA SU TIPO CON EL DESGLOSE DE CARGOS CORRESPONDIENTES.
- \* EN CASO DE FACTURAS DE FARMACIA, DEBERÁN ACOMPAÑARSE POR LA RECETA MEDICA CORRESPONDIENTE.
- \* EN CASO DE FACTURA DE ESTUDIOS (R.X., LABORATORIO, TOMOGRAFÍAS, ETC.) DEBERÁN ACOMPAÑARSE DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES.
- \* EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN, ANEXAR LA COPIA DE LA HISTORIA CLINICA COMPLETA REALIZADA EN EL HOSPITAL.

**IMPORTANTE:**

VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN REQUERIDA ESTE COMPLETA. EN CASO CONTRARIO NOS VEREMOS EN LA NECESIDAD DE SOLICITARLA POSTERIORMENTE.

EN ESTA OCASION, SU TRÁMITE ES POR VÍA REEMBOLSO, EL CUAL PODRIA EVITARSE, CON EL SIMPLE HECHO DE UTILIZAR NUESTRA RED DE PROVEEDORES EN CONVENIO (EN CASO DE QUE EL EVENTO SEA AMPARADO POR SU PÓLIZA), OBTENIENDO ASÍ EL PAGO DIRECTO A NUESTROS PROVEEDORES POR MEDIO DE METLIFE MÉXICO, S.A. GOZANDO ADEMÁS, DE BENEFICIOS ADICIONALES COMO:

- REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DEL DEDUCIBLE O COASEGURO, DEPENDIENDO DE LA PÓLIZA CONTRATADA.
- EVITAR DESEMBOLSOS EN EL PAGO DE SU ATENCIÓN.
- EN CASO DE GASTOS MÉDICOS MENORES O EVENTOS NO AMPARADOS POR SU PÓLIZA, PODER GOZAR DE DESCUENTOS ADICIONALES
- NUESTRO MAYOR DESEO ES PONER A SU ALCANCE NUESTROS SERVICIOS PARA SU MEJOR ATENCIÓN Y DE SUS FAMILIARES.

**ANTE CUALQUIER DUDA O ACLARACIÓN, PONEMOS A SUS ORDENES LOS SIGUIENTES TELEFONOS:**

Oficina Matriz, México, D.F.  
Centro de Información y Control  
LADA 800

Tel: 5328-7000  
Tel: 5328-7222  
Tel: 01-800-019-3300