|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre del Departamento:** | PRESTACIONES MEDICAS  |
| **Nombre del responsable:** | María Estela Elizabeth Olivo Sánchez |
| **Teléfono:** | 4-38-04-40 Ext. 4039 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | Prestacionessecc38hotmail.com |
| **Horario de atención** |
| **Horario en que atiende:** | Lunes a Viernes DE 8:00 a 16:0 horas |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Tabulación de Prestaciones Medicas |
| **Horario de atención:** | Lunes a Viernes DE 8:00 a 16:0 horas |
| **Lugar de atención:** | Prestaciones Medicas |
| **Requisitos:** | El derechohabiente presenta en el Departamento de Prestaciones Medicas la factura original y/o recibo de honorarios médicos con los siguientes requisitos:* Nombre del Médico y/o Institución.
* RFC.
* Fecha (dos meses de vigencia).
* Estudio específico que se realizo.
* Especialidad del Doctor.
* Número de la factura.

La factura o recibo debe *ser electrónica (cumpla con los requisitos fiscales actuales) y* estar a nombre del asegurado. En caso de ser del beneficiario quien recibió la atención se debe especificar en el concepto.  Aunado a esto debe entregar:* Orden o prescripción médica(de nuestra clínica)
* Copia de credencial de servicio medico
* Copia de recibo de nomina
* Clave interbancaria (impresa por el banco)
 |
| **Tiempo de respuesta:** | Cuatro a seis semanas |
| **Quien puede realizar el trámite:** | El derechohabiente o algún familiar en caso de que se encuentre internado . |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** |  |