|  |  |
| --- | --- |
| **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.** |  |