



Cambios en los pases de Multiprotección

Este material es únicamente informativo.

Los productos se regirán por las disposiciones contractuales y legales aplicables.

La información que se presenta es de uso ejemplificativo.

Información para facturar

reinventando / los seguros

GM MULTIPLE 180
NERY GÓMEZ JOSE DE JESUS
GASTOS MÉDICOS MENORES

PASE A CONSULTA ORIGINA

No. Atención: XXXXX M. Folio: XXXX
Movimiento: 000001 División: Dirección Sinestros Personales

Póliza: 000000

Nombre del Paciente: XXXXXXXXXXXX
Parentesco: HIJO (A)
Vigencia del: XXXX al: XXXX
Contratante: XXXXXX

Edad: XXX Fec. Nac: XXXX
Identificado con: *MX000000000

Fecha de Alta a la Póliza: XXXXX

Médico Tratante:
Servicio Autorizado: CONSULTA MEDICA DE PRIMER CONTACTO
Especialidad: CIRUGIA PEDIATRICA

Monto de la Consulta: SSSS A Cargo del Asegurado: SSSS A Cargo de la Aseguradora: SSSS

Diagnósticos: Dx1: Dx2:
Dx3: Dx4:

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete en la Consulta de Primer Contacto o Médico Especialista en los Gastos Médicos deberá acudir nuevamente al Módulo de AXA para la expedición del Pase a estos Servicios con la receta del Médico Tratante.

Lugar y Fecha: Médico, D.F. a

Nombre: Médico Asesor Asegurado y/o Familiar Médico Tratante
Firma: al término de la consulta al término de la consulta

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Enviar en el folio electrónico:

Formato anterior



Gastos Médicos

GM Múltiple 180

Apreciable asegurado:

Reciba un cordial saludo de AXA Seguros. Nos permitimos compartirle el pase de autorización.

Resumen de beneficios

Servicio autorizado	Consulta medicina preventiva (Examen inicial)
Prestador	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Especialidad	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
A cargo de la Aseguradora	SSS

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete, en la consulta de primer contacto o medico especialista en los Gastos Médicos, comunicarse a nuestros teléfonos de contacto.

Observaciones

Estamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración en el teléfono 01-800-001-8700 opción 4.

Gracias por su preferencia, AXA Seguros S.A. de C.V.

Recuerda que todas las facturas deben ser expedidas a nombre de: AXA Salud, S.A. de C.V. RFC: ASIA020927T14. Av. Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tacqueamecat, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Nuevo Formato

Fecha de realización del pase
18/10/2017
Tipo de servicio
Medicina Preventiva
Pase
Consulta
Número de autorización
XXXXXX
Movimiento
3
Número de póliza
XXXXXXXX
Vigencia de la póliza
XXXXXXXX
Nombre del contratante
XXXXXXXX
Nombre del paciente
XXXXXXXX
Causa y/o diagnóstico
CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Para mayor información:

Llámenos al 01 800 001 8700 o consulte nuestra página de internet axa.mx, para conocer nuestros productos y servicios, así como el aviso de privacidad, de acuerdo con el que serán tratados sus datos personales y sensibles.



Información del asegurado

 **reinventando / los seguros**

GM MULTIPLE 180
NERY GOMEZ JOSE DE JESUS
GASTOS MEDICOS MENORES

PASE A CONSULTA ORIGINAL

No. Atención: XXXXX M Follo: XXXX
 Movimiento: 000001 División: Dirección Bienestar Personal

Póliza: 000000

Nombre del Paciente: XXXXXXXXXXXX Edad: XXXX Fec. Nac: XXXX
 Parentesco: HIJO (A) Identificado con:
 Vigencia de: XXXX al: XXXX Fecha de Alta a la Póliza: XXXXX
 Contratante: XXXXX

Médico Tratante: Especialidad: CIRUGIA PEDIATRICA
 Servicio Autorizado: CONSULTA MEDICA DE PRIMER CONTACTO

Monto de la Consulta: \$\$\$\$ A Cargo del Asegurado: \$\$\$\$ A Cargo de la Aseguradora: \$\$\$\$

Diagnósticos: Dx1: Dx2:
 Dx3: Dx4:

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete en la Consulta de Primer Contacto o Médico Especialista en los Gastos Médicos deberá acudir nuevamente al Módulo de AXA para la expedición del Pase a estos Servicios con la receta del Médico Tratante.
 Lugar y Fecha: Médico, D.F., a

Nombre: Médico Asesor Asegurado y/o Familiar Médico Tratante
 Firma: al término de la consulta al término de la consulta

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.
 Enviar en el día acordado.

Formato anterior



Gastos Médicos

GM Múltiple 180

Apreciable asegurado:

Reciba un cordial saludo de AXA Seguros. Nos permitimos compartirle el pase de autorización.

Resumen de beneficios

Servicio autorizado	Consulta medicina preventiva (Examen inicial)
Prestador	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Especialidad	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
A cargo de la Aseguradora	SSS

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete, en la consulta de primer contacto o medico especialista en los Gastos Médicos, comunicarse a nuestros teléfonos de contacto.

Observaciones

Estamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración en el teléfono 01-800-001-8700 opción 4.

Gracias por su preferencia, AXA Seguros S.A. de C.V.

Recuerda que todas las facturas deben ser expedidas a nombre de: AXA Salud, S.A. de C.V. RFC: ASA020827THA Av. Felix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tacuacamecat, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Nuevo Formato

Fecha de realización del pase
 18/10/2017
 Tipo de servicio
 Medicina Preventiva
 Pase
 Consulta
 Número de autorización
 XXXXXX
 Movimiento
 3
 Número de póliza
 XXXXXXXX
 Vigencia de la póliza
 XXXXXXXX

Nombre del contratante
 XXXXXXXX
 Nombre del paciente
 XXXXXXXX
 Causa y/o diagnóstico
 CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Para mayor información:

Llámenos al 01 800 001 8700 o consulte nuestra página de internet axa.mx, para conocer nuestros productos y servicios, así como el aviso de privacidad, de acuerdo con el que serán tratados sus datos personales y sensibles.



Fecha de realización de pase

AXA reinventando / los seguros

GM MULTIPLE 180
NERY GOMEZ JOSE DE JESUS
GASTOS MEDICOS MENORES

Enviar al servicio autorizado:
Póliza: *MX000000000

No. Atención: XXXXX M Follo: XXXX
Movimiento: 000001 División: Dirección Bienestar Personal

Póliza: 000000

Nombre del Paciente: XXXXXXXXXXXXX Edad: XXX Fec. Nac: XXXX
Parentesco: HIJO (A) Identificado con:
Vigencia del: XXXX al: XXXX Fecha de Alta a la Póliza: XXXXX
Contratante: XXXXX

Médico Tratante: Especialidad: CIRUGIA PEDIATRICA
Servicio Autorizado: CONSULTA MEDICA DE PRIMER CONTACTO

Monto de la Consulta: \$\$\$\$ A Cargo del Asegurado: \$\$\$\$ A Cargo de la Aseguradora: \$\$\$\$

Diagnósticos: Dx1: Dx2:
Dx3: Dx4:

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete en la Consulta de Primer Contacto o Médico Especialista en los Gastos Médicos, el pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica. Servicios con la receta del Médico Tratante.

Lugar y Fecha: México, D.F. a

Nombre Médico Asesor Asegurado y/o Familiar Médico Tratante
Firma al término de la consulta al término de la consulta

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Formato anterior



Gastos Médicos

GM Múltiple 180

Apreciable asegurado:

Reciba un cordial saludo de AXA Seguros. Nos permitimos compartirle el pase de autorización.

Resumen de beneficios

Servicio autorizado	Consulta medicina preventiva (Examen inicial)
Prestador	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Especialidad	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
A cargo de la Aseguradora	\$\$\$

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete, en la consulta de primer contacto o medico especialista en los Gastos Médicos, comunicarse a nuestros teléfonos de contacto.

Observaciones

Estamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración en el teléfono 01-800-001-8700 opción 4.

Gracias por su preferencia, AXA Seguros S.A. de C.V.

Recuerda que todas las facturas deben ser expedidas a nombre de: AXA Salud, S.A. de C.V. RFC: ASIA020927T14 Av. Felix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tacqueamecat, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Nuevo Formato

Fecha de realización del pase
18/10/2017

Tipo de servicio
Medicina Preventiva
Pase
Consulta
Número de autorización
XXXXXX
Movimiento
3
Número de póliza
XXXXXXXX
Vigencia de la póliza
XXXXXXXX
Nombre del contratante
XXXXXXXX
Nombre del paciente
XXXXXXXX
Causa y/o diagnóstico
CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Para mayor información:

Llámenos al 01 800 001 8700 o consulte nuestra página de internet axa.mx, para conocer nuestros productos y servicios, así como el aviso de privacidad, de acuerdo con el que serán tratados sus datos personales y sensibles.



Información de la Póliza y del Pase


reinventando / los seguros

GM MULTIPLE 180
NERY GOMEZ JOSE DE JESUS
GASTOS MEDICOS MENORES
PASE A CONSULTA ORIGINAL

No. Atención: XXXXX **M. Folio:** XXXX ***MX00000000**
Movimiento: 009001 **División:** Dirección Bienestar Personal

Póliza: 000000

Nombre del Paciente: XXXXXXXXXXXX **Cosa:** XXX **Fec. Nat:** XXXX
Parentesco: HIJO (A) **Identificado con:**
Vigencia del: XXXX **Fecha de Alta a la Póliza:** XXXXX
Contratante: XXXXXX

Médico Tratante: **Especialidad:** CIRUGIA PEDIATRICA
Servicio Autorizado: CONSULTA MEDICA DE PRIMER CONTACTO

Monto de la Consulta: \$\$\$\$ **A Cargo del Asegurado:** \$\$\$\$ **A Cargo de la Aseguradora:** \$\$\$\$

Diagnósticos: Dx1: **Dx2:**
 Dx3: **Dx4:**

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete en la Consulta de Primer Contacto o Médico Especialista en los Gastos Médicos deberá acudir nuevamente al Módulo de AXA para la expedición del Pase a estos Servicios con la receta del Médico Tratante.

Lugar y Fecha: Médico, D.F., a

Nombre: Médico Asesor **Asegurado y/o Familiar** **Médico Tratante**
Firma: _____ **al término de la consulta** **al término de la consulta**
000000000000

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Enviar en el folio adjunto.

Formato anterior



Gastos Médicos

GM Múltiple 180

Apreciable asegurado:

Reciba un cordial saludo de AXA Seguros. Nos permitimos compartirle el pase de autorización.

Resumen de beneficios

Servicio autorizado	Consulta medicina preventiva (Examen inicial)
Prestador	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Especialidad	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
A cargo de la Aseguradora	\$\$\$

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete, en la consulta de primer contacto o medico especialista en los Gastos Médicos, comunicarse a nuestros teléfonos de contacto.

Observaciones

Estamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración en el teléfono 01-800-001-8700 opción 4.

Gracias por su preferencia, AXA Seguros S.A. de C.V.

Recuerda que todas las facturas deben ser expedidas a nombre de: AXA Salud, S.A. de C.V. RFC: ASIA020527T14 Av. Felix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tacqueamecat, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Nuevo Formato

Fecha de realización del pase
18/10/2017

Tipo de servicio
 Medicina Preventiva
 Pase
 Consulta
 Número de autorización
 XXXXXX
 Movimiento
 3
 Número de póliza
 XXXXXXX
 Vigencia de la póliza
 XXXXXXX

Nombre del contratante
 XXXXXXX
 Nombre del paciente
 XXXXXXX
 Causa y/o diagnóstico
 CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Para mayor información:

Llámennos al 01 800 001 8700 o consulte nuestra página de internet axa.mx, para conocer nuestros productos y servicios, así como el aviso de privacidad, de acuerdo con el que serán tratados sus datos personales y sensibles.



Resumen de Beneficios

AXA reinventando / los seguros

GM MULTIPLE 180
NERY GÓMEZ JOSE DE JESUS
GASTOS MÉDICOS MENORES

Enviar al correo electrónico:
Destinatario:
AXA SALUD S.A. DE C.V.
RFC: ASAG0207714
Av. Félix Cuevas 366, Piso 6
Col. Tacqueamecatl
Del. Benito Juárez, 03200
MEXICO, D.F. Tel: 01 800 01 8700

reinventando / los seguros PASE A CONSULTA ORIGINAL

No. Atención: XXXXX M. Folio: XXXX
Movimiento: 000001 División: Dirección Sinieistros Personales *MX00000000

Póliza: 000000

Nombre del Paciente: XXXXXXXXXXXXX Edad: XXX Fec. Nac: XXXX
Parentesco: HIJO (A) Identificado con:
Vigencia del: XXXX al: XXXX Fecha de Alta a la Póliza: XXXXX
Contratante: XXXXXX

Médico Tratante: Especialidad: CIRUGIA PEDIATRICA
Servicio Autorizado: CONSULTA MEDICA DE PRIMER CONTACTO

Monto de la Consulta: \$\$\$\$ A Cargo del Asegurado: \$\$\$\$ A Cargo de la Aseguradora: \$\$\$\$

Diagnósticos: Dx1: Dx2:
Dx3: Dx4:

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete en la Consulta de Primer Contacto o Médico Especialista en los Gastos Médicos deberá acudir nuevamente al Módulo de AXA para la expedición del Pase a estos Servicios con la receta del Médico Tratante.

Lugar y Fecha: México, D.F. a

Nombre: Médico Asesor Asegurado y/o Familiar Médico Tratante
Firma: al término de la consulta al término de la consulta

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Enviar al correo electrónico:

Formato anterior



Gastos Médicos

GM Múltiple 180

Apreciable asegurado:

Reciba un cordial saludo de AXA Seguros. Nos permitimos compartirle el pase de autorización.

Resumen de beneficios

Servicio autorizado	Consulta medicina preventiva (Examen inicial)
Prestador	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Especialidad	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
A cargo de la Aseguradora	\$\$\$

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete, en la consulta de primer contacto o medico especialista en los Gastos Médicos, comunicarse a nuestros teléfonos de contacto.

Observaciones

Estamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración en el teléfono 01-800-001-8700 opción 4.

Gracias por su preferencia, AXA Seguros S.A. de C.V.

Recuerda que todas las facturas deben ser expedidas a nombre de: AXA Salud, S.A. de C.V. RFC: ASAG0207714 Av. Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tacqueamecatl, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Nuevo Formato

Fecha de realización del pase
18/10/2017
Tipo de servicio
Medicina Preventiva
Pase
Consulta
Número de autorización
XXXXXX
Movimiento
3
Número de póliza
XXXXXXXX
Vigencia de la póliza
XXXXXXXX
Nombre del contratante
XXXXXXXX
Nombre del paciente
XXXXXXXX
Causa y/o diagnóstico
CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Para mayor información:

Llámenos al 01 800 001 8700 o consulte nuestra página de internet axa.mx, para conocer nuestros productos y servicios, así como el aviso de privacidad, de acuerdo con el que serán tratados sus datos personales y sensibles.



Desaparecen espacios para firmas

 reinventando / los seguros
GM MULTIPLE 180
NERY GOMEZ JOSE DE JESUS
GASTOS MEDICOS MENORES
PASE A CONSULTA ORIGINAL

No. Atención: XXXXX M. Folio: XXXX
 Movimiento: 000001 División: Dirección Sinestros Personales
 Póliza: 000000 *MX000000000
 Nombre del Paciente: XXXXXXXXXXXXX Edad: XXX Fec. Nac: XXXX
 Parentesco: HIJO (A) Identificado con:
 Vigencia del: XXXX al: XXXX Fecha de Alta a la Póliza: XXXXX
 Contratante: XXXXXX

Médico Tratante: Especialidad: CIRUGIA PEDIATRICA
 Servicio Autorizado: CONSULTA MEDICA DE PRIMER CONTACTO
 Monto de la Consulta: \$\$\$\$ A Cargo del Asegurado: \$\$\$\$ A Cargo de la Aseguradora: \$\$\$\$
 Diagnósticos: Dx1: Dx2:
 Dx3: Dx4:

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete en la Consulta de Primer Contacto o Médico Especialista en los Gastos Médicos deberá acudir nuevamente al Módulo de AXA para la expedición del Pase a estos Servicios con la receta del Médico Tratante.
 Lugar y Fecha: México, D.F., a

Nombre	Médico Asesor	Asegurado y/o Familiar	Médico Tratante
Firma			

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Enviar en el día acordado.

Formato anterior



Gastos Médicos

GM Múltiple 180

Apreciable asegurado:

Reciba un cordial saludo de AXA Seguros. Nos permitimos compartirle el pase de autorización.

Resumen de beneficios

Servicio autorizado	Consulta medicina preventiva (Examen inicial)
Prestador	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Especialidad	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
A cargo de la Aseguradora	\$\$\$

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete, en la consulta de primer contacto o medico especialista en los Gastos Médicos, comunicarse a nuestros teléfonos de contacto.

Observaciones

Estamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración en el teléfono 01-800-001-8700 opción 4.

Gracias por su preferencia, AXA Seguros S.A. de C.V.

Recuerda que todas las facturas deben ser expedidas a nombre de: AXA Salud, S.A. de C.V. RFC: ASIA020927THA Av. Felix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tacqueamecat, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Nuevo Formato

Fecha de realización del pase
 18/10/2017
 Tipo de servicio
 Medicina Preventiva
 Pase
 Consulta
 Número de autorización
 XXXXXX
 Movimiento
 3
 Número de póliza
 XXXXXXX
 Vigencia de la póliza
 XXXXXXX
 Nombre del contratante
 XXXXXXX
 Nombre del paciente
 XXXXXXX
 Causa y/o diagnóstico
 CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Para mayor información:

Llámenos al 01 800 001 8700 o consulte nuestra página de internet axa.mx, para conocer nuestros productos y servicios, así como el aviso de privacidad, de acuerdo con el que serán tratados sus datos personales y sensibles.



Estudios a realizar*

GM MÚLTIPLE 180

reiventando / los seguros

LABORATORIO BIOMÉTRICO SAN JOSÉ, S.A. DE C.V.
SECCIÓN PREVENTIVA
PASE A EXAMEN GINECOLÓGICO

No. Atención: XXXXXXX Feto: XXXXXXX
Movimiento: XXXXX Días/Dn: Dirección Siniestros Personales: MX0000000000000000

Póliza: 0000000

Nombre del Pasante: XXXXXXXXXX Edad: XXXX Fec. Nac: XXXXXX
Parentesco: ESPOSO (A) Identificado con:
Vigencia del: XXXXXXX al XXXXXXX Fecha de Alta a la Póliza: XXXXXX
Contratante: XXXXXXX

Médico Tratante: XXXXXXXXXX Especialidad: XXXXXXXX
Servicio Autorizado: EXAMEN MEDICO EN MUJERES DE 40 AÑOS EN ADELANTE

Diagnósticos: Dn: EXAMEN MEDICO GENERAL Dn:
Dn: Dn:

Describe realizar los siguientes Exámenes o Estudios a realizar

Descripción del Examen o Estudio a realizar

BIOMETRÍA HERMÉTICA
EXAMEN DE COLESTEROL TOTAL
EXAMEN DE GLUCOSA
EXAMEN GENERAL DE ORINA
EXPLORACION FISICA DE MAMA (En Consulta)
HISTORIA CLINICA Y EXPLORACION GINECOLOGICA (En Consulta)
PARANASALES
ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO

Lugar y Fecha: Médico, D.F. a XXXXXXX

Nombre: Médico Asesor Asegurado y/o Familiar
Firma: _____ a término de los estudios

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Formato anterior



Gastos Médicos

GM Múltiple 180

Apreciable asegurado:

Reciba un cordial saludo de AXA Seguros. Nos permitimos compartirle el pase de autorización.

Resumen de beneficios

Servicio autorizado Estudios de gabinete

Prestador

Copago a cargo del

Asegurado

Favor de realizar los siguientes exámenes o estudios

Descripción del examen o estudio a realizar

- 1 EXAMEN RADIOLOGICO DE NARIZ A RECTO PARA UBICAR UN CUERPO EXTRAÑO UNA SOLA PLACA NIÑO
- 2 ULTRASONIDO DIRIGIDO COMPRESION REPARACION DE FISTULAS ORARTERIOVENOS PSEUDOANEURISMA ARTERIAL (INCLUYE EVALUACION DEL ULTRASONIDO DIAGNOSTICO, COMPRESION DE LESION Y DE PROYECCION DE IMAGEN)

Observaciones

Favor de realizar ultrasonido de senos paranasales.

Se genera pase para Hospital

Estamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración en el teléfono 01-800-001-8700 opción 4.

Gracias por su preferencia, AXA Seguros S.A. de C.V.

Recuerda que todas las facturas deben ser expedidas a nombre de: AXA Salud, S.A. de C.V. RFC: ASAC02077HA Av. Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tlacoquemocot, Del. Benito Juárez, 03300, Ciudad de México

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Fecha de realización del pase
XXXXX
Tipo de servicio
Gabinete Médicos Menores
Pase
Gabinete
Número de autorización
XXXX
Movimiento
XXXX
Número de póliza
XXXX
Vigencia de la póliza
XXXX
Nombre del contratante
XXXX
Nombre del paciente
XXXX
Causa y/o diagnóstico
CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Para mayor información:

Llámenos al 01 800 001 8700 o consulte nuestra página de internet axa.mx, para conocer nuestros productos y servicios, así como el aviso de privacidad, de acuerdo con el que serán tratados sus datos personales y sensibles.



Nuevo Formato

Observaciones y recuadro con teléfono AXA (Nuevo)



reinventando / los seguros

Gastos Médicos

GM Múltiple 180

Apreciable asegurado:

Reciba un cordial saludo de AXA Seguros. Nos permitimos compartirle el pase de autorización.

Resumen de beneficios

Servicio autorizado	Consulta medicina preventiva (Examen inicial)
Prestador	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Especialidad	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
A cargo de la Aseguradora	SSS

En caso de requerir estudios de Laboratorio y Gabinete, en la consulta de primer contacto o medico especialista en los Gastos Médicos, comunicarse a nuestros teléfonos de contacto.

Observaciones

-

Estamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración en el teléfono 01-800-001-8700 opción 4.

Gracias por su preferencia, AXA Seguros S.A. de C.V.

Requerita que todas las facturas deben ser expedidas a nombre de: AXA Salud, S.A. de C.V. RFC: ASA020827THA Av. Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tacuacuecat; Del. Benito Juárez, 03200; Ciudad de México

El pago al Prestador de Servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

Fecha de realización del pase
18/10/2017
Tipo de servicio
Medicina Preventiva
Fase
Consulta
Número de autorización
XXXXXXXX
Movimiento
3
Número de póliza
XXXXXXXX
Vigencia de la póliza
XXXXXXXX
Nombre del contratante
XXXXXXXX
Nombre del paciente
XXXXXXXX
Causa y/o diagnóstico
CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Para mayor información:

LLámenos al 01 800 001 8700 o consulte nuestra página de internet axa.mx, para conocer nuestros productos y servicios, así como el aviso de privacidad, de acuerdo con el que serán tratados sus datos personales y sensibles.

Nuevo Formato





¡Gracias!