

CARTA DE ACEPTACIÓN DE TABULADOR DE HONORARIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS DE PAGO DIRECTO.

FOLIO PAGO DIRECTO

Nombre del paciente.	
No. Póliza y producto	
Diagnostico (s).	
Procedimiento(s).	
Nombre del Médico y Especialidad.	

A través del presente formato hago constar que me ajusto al tabulador de Pago Directo indicado por Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros, para los procedimientos descritos en éste y en la carta de autorización de Pago Directo.

Nombre y Firma del Médico.

Lugar y fecha