

TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER RESPONDIDAS,
PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Gastos Médicos incurridos por Titular ☐ Cónyuge ☐ hijo(a) ☐

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI ☐ NO ☐

4. Indique la índole de la dolencia: _____

5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ A.M. ☐ P.M. ☐

_____ DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? _____ Dé la fecha de la primera visita: _____

_____ DIA MES AÑO

_____ DIA MES AÑO

7. Nombre y dirección del primer Médico consultado _____

8. Indique los síntomas que le causó la enfermedad _____

9. Recibió algún tratamiento previo: SI ☐ NO ☐

10. Dé nombre, dirección y teléfono de su Médico actual, así como el de todos los otros Médicos que lo asisten por esta enfermedad:

11. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: _____ Fecha de Admisión: _____

_____ DIA MES AÑO

12. ¿Están los gastos de este reclamo cubiertos por cualquier otra póliza de Gastos Médicos? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique:

Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Fecha de Vigencia: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y centros de salud que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Fecha: _____

Nombre del Asegurado Titular

No. Certificado: _____

Teléfonos: _____

Firma del Asegurado Titular

Dirección: _____

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR SU RECLAMO

1. Complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras.

2. Su médico tratante deberá completar, firmar y sellar la Sección B. Sírvase indicarle que debe de responder todas las preguntas.

3. Por favor sírvase adjuntar a este formulario las FACTURAS ORIGINALES que amparen sus gastos y la siguiente papelería de acuerdo al tipo de gasto efectuado:

EXAMENES

- Orden del médico

- Resultados de los exámenes de laboratorio

- Resultados de Radiografías o Resonancias

- Resultados de Tomografía o Endoscopia

MEDICAMENTOS

- Receta del médico (paciente, dosis, frecuencia y periodo de tratamiento)

HOSPITALIZACION

- Indicar record de anestesia

- Detalle del Hospital

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ASISTENTE

1. Nombre del Paciente:_____ Edad_____ Sexo _____

2. ¿Se debe su condición a embarazo? SI☐ NO☐ En caso afirmativo, dé la fecha aproximada en que se inició el embarazo: _____
DIA MES AÑO

3. Dé su diagnóstico completo: _____

4. Si se practicó la cirugía, describa la operación; si es posible indique el código del procedimiento: _____

5. ¿En qué hospital o Clínica se practicó la cirugía? _____

6. Si no se practicó Cirugía, describa ampliamente el tratamiento HOSPITALARIO☐ AMBULATORIO☐ Indique si es posible el Código del Procedimiento: _____

7. ¿Ordenó usted hospitalización? SI☐ NO☐ En caso negativo, indique el nombre del Médico que la ordenó: _____

8. Indique: Fecha y hora de Admisión _____Hrs. Fecha y hora de Salida_____Hrs.
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

9. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:
En el hospital _____de visita
En la casa _____
En el consultorio_____
No. de visitas_____ Valor por consulta_____ Total_____

10. Según su opinión: ¿Cuándo se originó la causa básica de esta condición? _____
DIA MES AÑO

11. ¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o recibido algún tratamiento por esta condición? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo, describa:

HOSPITAL	FECHA	DESCRIPCION

12. Si el paciente le fue referido por otro médico, indique el nombre de ese médico: _____

13. ¿El paciente continúa en tratamiento? SI☐ NO☐ Si su respuesta es afirmativa, ¿Por cuánto tiempo? _____

14. En su opinión impediría, la seriedad del padecimiento que el paciente trabaje? ☐ SI ☐ NO

Nombre del Médico Firma del Médico SELLO

Fecha: _____
DIA MES AÑO

OBSERVACIONES: Anote en este espacio cualquier información adicional que contribuya a evaluar mejor el reclamo:

FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS2/2

CONTRASEÑA DE RECEPCION DE RECLAMO

El día_____ de _____ de 20____ recibimos su reclamo, el mismo será enviado inmediatamente a la Compañía de Seguros. Al evaluar esta documentación la compañía de seguros requiriera alguna otra documentación, nos comunicaremos con usted.

De estar todo en orden, el día_____ de _____ de 20____ le estaremos resolviendo su reclamo.

Recibido por : _____ Firma:_____ Sello:_____