

FORMULARIO DE RECLAMACION PARA GASTOS MEDICOS

IMPORTANTE: Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar todas las preguntas en forma detallada.

SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL.

Nombre de la Empresa para la cual labora el asegurado principal : _____
Nombre completo del Asegurado principal: _____

Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos incurridos por : MI ESPOSO (A) HIJO (A).

Nombre completo del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____

En caso de Accidente:

Indique cuando ocurrió: _____ Donde ocurrió: _____

Cómo ocurrió: (Practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, ríñas, etc.) _____

En caso de enfermedad:

Describa los síntomas: _____

Fecha en que dio inicio: _____ Fecha de la primera consulta: _____

Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:
Si _____ No _____ CUANDO: _____

En caso afirmativo favor indicar el Nombre, dirección y teléfono del tratante y de todos los médicos que lo asistieron por esta enfermedad:

En caso de maternidad:

Fecha de inicio del Embarazo: _____

Fecha del parto o aborto: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre, dirección y teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios:

TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑÍA: SI _____ NO _____

Si su respuesta es afirmativa favor indicar el nombre y número de póliza: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjunto son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la compañía de Seguros que ampara la presente póliza, cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo.

Queda entendido que la Compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

Fecha: _____ Firma del Asegurado Principal: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNAR FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIO POR ESTA INCAPACIDAD, ORDENES Y RESULTADOS DE EXAMES DE DIAGNOSTICO, Y RECETAS DE MEDICINAS.

SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad: SI _____ NO _____

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad: SI _____ NO _____

Recomienda que se pague esta incapacidad: SI _____ NO _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha efectiva del seguro: _____

Nombre del Dependiente: _____ Fecha efectiva del seguro: _____

Póliza Número _____ Certificado Número _____ Categoría o Clase: _____

Firma Autorizada: _____ Cargo: _____

Fecha: _____ SELLO DE LA EMPRESA: _____

SECCION III
PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE

- 1) Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: M () F ()
- 2) Fecha de primera consulta por esta incapacidad: _____
- 3) De su diagnóstico completo: _____
- 4) Según su opinión cuando se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión : _____
- 5) Fecha inicial del tratamiento: _____
- 6) Ordeno usted hospitalización: Si (), No () En caso negativo nombre del médico que la ordenó: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
- 7) Si el paciente fue referido por otro médico o hay otros médicos involucrados favor citar:
Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

**PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR UNICAMENTE LA SECCION QUE
CORRESPONDE AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO**

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Numero de visitas en clínica: _____ Valor por visita: _____ Total: _____

Numero de visitas a domicilio: _____ Valor por visita: _____ Total: _____

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Nombre del Hospital: _____

Fecha de Admisión: _____ Fecha de Egreso: _____

Si no hay cirugía: Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones: _____

Numero de visitas dentro del hospital: _____ Valor por visita: _____ Total: _____

(Solo para casos en los que no hay cirugía involucrada). Honorarios por Tratamiento: _____

Si hay cirugía: Indique el nombre del o los procedimientos realizados : _____
Número de Código RVS: _____
Número de Código RVS: _____

Honorarios por procedimiento quirúrgico exclusivamente: _____

MATERNIDAD

Si el reclamo es por maternidad indique:
Fecha aproximada de fecundación : _____ Fecha de parto o aborto: _____

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto tiempo: _____

Observaciones: _____

Nota: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales y a otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

Nombre y Sello del Médico: _____ Colegiado No: _____

Dirección y Teléfono: _____ Fecha: _____

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.