

Servicio 24/7 al *4747 (desde cualquier celular)

Código: SPN-F.GSP-01

Póliza No. _____ Certificado No. _____

Monto: _____ BPM: _____

Para uso exclusivo de la compañía
I. Datos Generales

- 1) Titular Cónyuge Hijo(a) Nombre del reclamante _____
- 2) Dirección _____ Sexo F M
- 3) No. celular _____ Correo electrónico _____
- 4) Fecha de Nacimiento _____ Empresa donde Trabaja _____ No. DNI _____
- 5) ¿Tiene usted o su cónyuge otro Seguro Médico? Si No ¿Qué compañía? _____ ¿Desde cuándo? _____
- 6) ¿Qué tipo de póliza es? Colectiva Individual 7) ¿Quién es el titular de la póliza? _____

II. Historial Médico / Consulta Ambulatoria (Debe ser completado únicamente por el médico tratante)

- 1) ¿Desde cuándo trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____ Número de Verificación: _____
QR del carné para proveedores en RED
- 2) La condición del paciente se debe a: Enfermedad Accidente Embarazo Fecha última menstruación: Día _____ Mes _____ Año _____

* En caso que la condición del asegurado sea a causa de un accidente, es necesario completar la siguiente información:

Describe la lesión _____

¿Cuándo ocurrió? Día _____ Mes _____ Año _____ ¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

- 3) Describa el diagnóstico completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede (utilizar códigos CIE-10):

- 4) ¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del accidente? Día _____ Mes _____ Año _____
- 5) ¿Ha recibido el paciente anteriormente tratamiento médico por esta condición u otras? Si No
Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____ Nombre del médico _____
- 6) Examen, tratamiento o cirugía _____
- Fecha Programada: Día _____ Mes _____ Año _____ 7) Institución donde se brinda la atención _____

Tiempo o duración de la estadía hospitalaria (en letras) _____ Días (Sujeto a evaluación)

- 8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intra hospitalario) L _____
- | | | |
|--|---|-------------|
| 9) Código de Redhsa _____ | Porcentaje _____ | Valor _____ |
| Código de Redhsa _____ | Porcentaje _____ | Valor _____ |
| ¿Puede ser realizada ambulatoriamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Requiere Ayudante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Requiere Anestesiólogo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Requiere Médico Adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

Justifique la participación del médico adicional _____

 ¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Si No Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre y Dirección del médico que emitió la segunda opinión _____

 Observaciones

Nombre del médico

Especialidad

Firma y sello del médico

Teléfono del médico

III. Datos del Beneficiario (Si aplica)

 Medio de pago deseado: Transferencia Electrónica Cheque (Remitir cheque a Agencia Ficohsa: _____)

 En caso de Transferencia efectuar a cuenta en Banco: _____ No. Cuenta: _____ Tipo de cuenta: Ahorros Cheque
IV. Aviso Legal

Certifico que la información bancaria proporcionada pertenece al beneficiario y está brindada de manera correcta y completa, exonerando a Ficohsa Seguros de cualquier responsabilidad presente o futura por inconvenientes generados con la transferencia bancaria por información errónea o inexacta.

Confirmando que he verificado la información y los cargos efectuados. Autorizo a los médicos, centros hospitalarios y personas, institución o empresa que prestó algún servicio médico, brindado a mi persona o a mis dependientes para que suministre a Ficohsa Seguros o a su representante, todos los informes que requiera incluyendo copias exactas de los documentos y/o expediente clínico.

Firma del asegurado

Firma del representante legal

Lugar y Fecha _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE TU SEGURO MÉDICO

Requisitos para la Presentación de Reclamos Médicos

1. Presentar el formulario de reclamación, el cual deberá ser completado en su totalidad y deberá venir firmado por el asegurado y médico tratante. Formularios con información incompleta no serán aceptados.

2. Adjuntar al formulario lo siguiente:

- Recibo de consulta médica el cual deberá incluir firma y sello del médico tratante.
- Recibo de honorarios médicos en caso de procedimientos médicos o atención hospitalaria deberá realizar un desglose en detalle de dicho cobro.
- Orden de medicamentos (receta) firmada y sellada por el médico tratante.
- Factura de caja que cumpla con todos los requisitos del régimen fiscal vigente por compra de medicamentos el cual debe indicar:
 - a. Nombre del paciente
 - b. Detalle de medicamentos
 - c. Reflejar el descuento otorgado (en caso de no reflejarse será aplicado por la compañía)

No se aceptaran facturas manuales en caso de farmacias que facturen de forma electrónica y reimpressiones en ningún caso.

- Copia de carné de vacunación con fechas y tipos de vacunas aplicadas.
- Ordenes de laboratorio y radiografías firmadas y selladas por el médico tratante.
- Factura por exámenes diversos, la cual deberá reflejar:
 - a. El costo de cada examen realizado.
 - b. Sello cancelado.
 - c. En caso de ser necesario se solicitarán los resultados de los exámenes.
- Para medicamentos de uso continuo deberá presentar la receta original una vez año póliza, el asegurado deberá presentar copia de la receta para futuras reclamaciones por un período máximo de 1 año, posteriormente deberá presentar una nueva receta y formulario completado por su médico especialista tratante. En el caso de presentar facturas de hospitalización, deben venir con el sello de cancelado y debe presentar:
 - a. Precertificación médica autorizada si el procedimiento es programado.
 - b. Formulario debidamente llenado por el médico.
 - c. Desglose detallado de cada gasto incurrido.
 - d. Recibos de honorarios médicos.
 - e. Copia del expediente clínico.
 - f. En caso de ser necesario se solicitará voucher de pago.

3. El período máximo para presentar reclamos es de seis (6) meses a partir de la fecha que se incurrió en el gasto, luego de este tiempo, dicho reclamo no será sujeto a reembolso.

En caso de requerir Hospitalización o Cirugía Programada Requisitos para Precertificación Médica.

1. El Formulario de Gastos Médicos, Precertificaciones y Accidentes Personales debe de estar completamente lleno con la información solicitada en el mismo.

2. Adjuntar resultados de exámenes complementarios al diagnóstico.

3. El formulario deberá ser enviado a la Compañía de Seguros con un mínimo de cinco (5) días hábiles antes del procedimiento.

Indicaciones para uso de la red en hospitales en caso de emergencia

1. Presentación del carné vigente del seguro médico hospitalario más una identificación.

2. El asegurado deberá pagar el porcentaje de coaseguro del valor elegible de la factura, indicado en el carné, deducible, gastos no cubiertos y excesos.

3. En caso de que la emergencia sea menor al límite establecido el asegurado cancelará el total del gasto. Y deberá presentarlo vía reembolso.

4. En caso de que el asegurado no porte su carné, deberá contactar a nuestro servicio de atenciones médicas 24/7 al *4747 (desde cualquier celular).

PORSALUD

Puedes hacer uso de las modernas clínicas PORSALUD ubicadas en puntos estratégicos en Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba equipadas con alta tecnología, médicos, enfermeras y paramédicos profesionales para atender cualquier emergencia sin límite de eventos.

CANALES DE ATENCIÓN

Llámanos al *4747 desde tu celular o al 2276-3960 desde tu teléfono fijo cuando necesites información y coordinación de: Compra y entrega de medicamentos en nuestra Red de Farmacias.

Para más información puede visitar nuestra página web: www.ficohsa.com/seguros y en nuestro portal www.ficohsasegurosonline.com

Utiliza nuestro Servicio WhatsApp 24/7 donde puedes efectuar:

- a. Ingreso y seguimiento de reclamos médicos y de auto.
- b. Ingreso y seguimiento de precertificaciones médicas.
- c. Cotización de seguros.
- d. Gestiones de pagos.
- e. Descargar tu carné digital de seguro médico.

Escanea el siguiente código QR para iniciar tus gestiones:

