

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MEDICOS

Favor completar el siguiente cuestionario en letra de molde, adjuntar sus recibos y facturas respaldadas por las órdenes médicas correspondientes debidamente firmadas y selladas, considerando:

- Recibos de honorarios profesionales, con indicación a quien fueron prestados los servicios y detallando número de consultas y honorarios por cirugía.
- Facturas de Hospital, detallando número de días de hospitalización, costo por día, tipo de cuarto, así como otros gastos que facture el Hospital.
- Facturas de Laboratorio, acompañadas de la orden del Médico indicando para quien fueron ordenados los exámenes (Cuando no haya hospitalización).
- Facturas detalladas de medicinas, acompañadas de su receta indicando a quien fueron recetadas, así como dosis, frecuencia y periodo de tratamiento.
- Copia de todos los resultados de exámenes practicados, sean de laboratorio, RX e imágenes radiológicas o tomografías.

SECCIÓN A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Médicos incurridos por mi por mi esposo(a) por mi hijo(a)

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento:

DIA	MES	AÑO

Sexo: Femenino Masculino

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? Si No

10. Indique el nombre, dirección y teléfono de su Médico actual y de todos los otros Médicos que le han asistido por esta enfermedad.

4. Indique la índole de la dolencia: _____

5. Desde cuando le comenzaron los síntomas por esta dolencia?

6. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? Si No

En caso afirmativo indique: _____

¿Cuándo ocurrió? _____

A las: _____ A.M. P.M.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

7. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó?

8. Nombre y Dirección del primer Médico consultado? _____

9. Indique la fecha de la primera visita:

DIA	MES	AÑO

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 otra póliza de Gastos Médicos? Si No En caso afirmativo indique:

Compañía de Seguros: _____

Número de Póliza: _____

Fecha de Vigencia: _____

Valor presentado: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y correctas según mi leal saber y entender y autorizo a todos los médicos, clínicas, centros hospitalarios, de laboratorio, de imágenes especiales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus archivos) relacionados a tratamientos y servicios médicos prestados a mi y/o a mis dependientes.

Nombre del Titular _____

Firma del Titular _____

No. de Póliza _____

No. de Certificado _____

Número de Identidad _____

Fecha

DIA	MES	AÑO

ADVERTENCIA
Código de Comercio

Artículo 1147: La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 1148: Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

SECCIÓN B: DEBE SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR EL MEDICO TRATANTE

1. Nombre del Paciente: _____ Edad _____ Sexo _____

2. Dé su diagnóstico completo: _____

3. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO En caso afirmativo, indique la fecha de la última menstruación

DIA	MES	AÑO

4. ¿Refirió el paciente desde cuando le comenzaron los síntomas por este diagnóstico? SI NO Describa los síntomas _____

5. ¿Refirió el paciente haber sido atendido por otro médico antes de Ud.? SI NO Nombre del Médico _____

6. ¿Le presentó estudios médicos el paciente la primera vez que U. le atendió? SI NO

7. Si se practicó cirugía, describa la operación: _____

8. ¿En qué Hospital o Clínica se practicó la cirugía? _____

9. Si no se practicó la cirugía describa ampliamente el tratamiento? HOSPITALARIO AMBULATORIO

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

11. Indique fecha de Admisión:

DIA	MES	AÑO

Fecha de salida:

DIA	MES	AÑO

12. ¿Le recomendó al paciente practicarse estudios para diagnóstico? SI NO Detalle: _____

13. Cite las fechas desde cuando trata al paciente por el diagnóstico arriba indicado _____

14. Según su opinión ¿Cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o accidente? _____

15. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición, diagnóstico o enfermedad? SI NO En caso afirmativo indique: _____

HOSPITAL	FECHA HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Médico _____ Firma y Sello oficial del Médico (Circular) _____

Fecha

DIA	MES	AÑO

Teléfono (s): _____

SECCIÓN C: DEBE SER COMPLETADA POR EL PATRONO (Aplica para Pólizas Colectivas y Minimed).

La siguiente información debe ser obtenida de la tarjeta de enrolamiento:

Nombre del Empleado: _____ No. de Póliza _____ No. de Certificado: _____

Nombre de la Empresa: _____ Teléfono: _____

¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? SI No

Cargo de quien autoriza este reclamo _____

Nombre, firma y sello de quien autoriza el reclamo _____