

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS



Para agilizar el proceso de su reclamo debe completar en su totalidad las preguntas contenidas en este formulario

Hospital o clínica: _____

N° Verificación: _____

SECCIÓN A: Debe ser completada por el asegurado titular

1 DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado: _____ Póliza: _____ Carné: _____

Paciente Reclamante: _____ Parentesco: _____ F/Nac: ____/____/____

Causa del Reclamo: _____

2 INFORMACIÓN PARA DEPÓSITO BANCARIO

Banco Agrícola ☐ Banco de América Central ☐

Número de cuenta: _____

Tipo de cuenta: _____ NIT: _____ DUI: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

3 SI LA CAUSA DEL RECLAMO ES POR ACCIDENTE

Cuando ocurrió: ____/____/____

Hora: ____ am ☐ pm ☐

Dónde ocurrió: _____

Cómo ocurrió: _____

¿Estuvo hospitalizado por este accidente? Sí ☐ No ☐

Nombre del Hospital: _____

Fecha de admisión: ____/____/____

4 SI LA CAUSA DEL RECLAMO ES POR ENFERMEDAD

Padecimiento o diagnóstico: _____

Inicio de los síntomas: ____/____/____

¿Nombre y número telefónico del primer Médico consultado?: _____

Fecha de inicio de tratamiento: ____/____/____

¿Visito más de un médico a causa de este padecimiento o accidente? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indicar nombres y números de teléfono

5 DETALLE DE GASTOS RECLAMADOS

N°	DETALLE DE GASTOS RECLAMADOS	NO. DE DOCUMENTOS	MONTO
1	Cuenta Hospitalaria		
2	Honorarios Médicos por Cirugía		
3	Honorarios por Anestesia		
4	Honorarios Médicos por Consulta		
5	Honorarios por Tratamientos		
6	Laboratorios y Rayos X		
7	Farmacia Fuera de Hospital		
8	Otros (Especifique)		
9	TOTAL DE GASTOS RECLAMADOS		



Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, y autorizo a todos los Médicos u Hospitales y otras personas e instituciones que me atendieron suministren a MiRed cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Nombre y Firma del Asegurado Titular

Fecha: ____/____/____

SECCIÓN B: Debe ser completada por **médico tratante****1 DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre del Paciente: _____

Género: Femenino ☐ Masculino ☐Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Diagnostico Principal: _____

Diagnostico Secundario: _____

2 DATOS CLÍNICOSEn caso de paciente femenino, ¿Se debe la condición a embarazo? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, edad del embarazo: _____

¿En qué fecha comenzó la causa básica de esta condición? _____ ¿Tiempo de evolución? _____

¿Ha sido tratado anteriormente por la misma causa? _____

3 HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO¿Estuvo hospitalizado a causa de este reclamo? Sí ☐ No ☐ Nombre del hospital: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____ N° Visitas diarias en el hospital: _____

Detalles del tratamiento, incluyendo cirugía, si hubo: _____

_____**4 PRONÓSTICO Y OBSERVACIONES**Según su opinion, ¿quedará algún impedimento o secuela?: Sí ☐ No ☐En caso afirmativo, por favor explique: _____

_____Observaciones: _____

_____**5 FIRMA Y VALIDACIÓN**

Nombre del médico: _____

Firma y sello del Médico tratante:

Completar por el médico tratante

JVPM o CONADEM:

Lugar y Fecha:

Día

Mes

Año

