

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: \_\_\_\_\_ No. Verificación: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR**

Asegurado \_\_\_\_\_ Póliza \_\_\_\_\_ Carné \_\_\_\_\_

Paciente Reclamante \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ F/Nac \_\_\_\_\_

Causa del Reclamo: Accidente  Enfermedad  Otra Causa

**Si la causa del reclamo es por accidente favor detalle:**

Cuando ocurrió: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Hora: \_\_\_\_\_ am  pm

Dónde ocurrió: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cómo ocurrió: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Estuvo hospitalizado por este accidente? Si  No

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Si la causa del reclamo es por enfermedad favor detalle:**

Padecimiento o diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

¿Nombre y número telefónico del primer Médico consultado?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Visitó más de un médico a causa de este padecimiento o accidente? Si  No

En caso afirmativo, indicar nombres y Nos. de Teléfono  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

No.	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.	Laboarios y Rayox X		
7.	Farmacia Fuera de Hospital		
8.	Otros (Especifique)		
9.	<b>TOTAL DE GASTOS RECLAMADOS</b>		

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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

