

FORMULARIO DE RECLAMO DE GASTOS DE SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre del Patrono o Contratante: _____

Datos del Carné

No. De Póliza: _____ No. De Certificado: _____

Fecha efectiva: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Asegurado titular: _____

Nombre del paciente: _____

Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo: F () M ()

Fue causada la dolencia por un accidente: SI () NO () Caso afirmativo Cuando ocurrió? Día _____ Mes _____ Año _____

Donde y cómo ocurrió? _____

En caso de enfermedad, en que fecha comenzó? Día _____ Mes _____ Año _____

Referencias de los médicos consultados:

NOMBRE	ESPECIALIDAD	TELEFONO
1° Médico		
Médico actual		

Si ha estado hospitalizado por esta dolencia, indique:

NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA	FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA

Solicitud de reembolso:

Nuevo: () Continuación: () Total de gastos presentados: US \$ _____

Informe sobre el padecimiento: La causa del padecimiento esta relacionada con el empleo? SI () NO ()

Origen de los gastos: Consulta externa () Hospitalización ()

DECLARO QUE ESTOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO A LOS MÉDICOS, HOSPITALES Y OTRAS PERSONAS E INSTITUCIONES QUE ME ATENDIERON, PARA QUE SUMINISTREN A ASSA VIDA, S.A., CUALQUIER INFORMACION RELACIONADA CON ESTE RECLAMO Y SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACION, LA COMPAÑÍA NO ESTARA OBLIGADA A PAGAR NINGUN RECLAMO.

F. _____ Teléfono: _____ Fecha de ocurrencia: Día _____ Mes _____ Año _____
Asegurado

SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Este empleado está Asegurado bajo el Certificado No. _____ inscrito en la Póliza el _____ de _____
de _____ quien ingreso al empleo el _____ de _____ de _____

Reclama por dependiente: SI () NO () en caso afirmativo dé el nombre de él: _____

Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída durante el empleo? SI () NO ()

Tiene derecho a dichos beneficios? SI () NO () NOMBRE DEL PATRONO: _____

Lugar y fecha

Firma y sello

EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO TRATANTE

Confirmando en mi condición de médico, haber asistido al paciente: _____

Edad: _____

Diagnostico principal y condiciones concurrentes: _____

En caso de paciente femenino, se debe la condición a embarazo? SI () 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 por la misma causa u otras? _____

En caso afirmativo explique, indique fechas, médicos, etc. _____

Describa los servicios suministrados al paciente:

Número de consultas en clínica: _____ Desde: Día _____ Mes _____ Año _____ Hasta: Día: _____ Mes _____ Año _____

Si hubo hospitalización

Fecha de ingreso Desde: Día _____ Mes _____ Año _____ Fecha de alta: Día: _____ Mes _____ Año _____

Días de hospitalización. _____ Nombre del hospital: _____

Realizó visitas por emergencia? SI () NO () Si el paciente estuvo en U.C.I., indicar número de días: _____

Número de visitas hospitalarias: _____ Número de visitas U.C.I.: _____

Detalles del tratamiento médico: _____

Si se practicó cirugía, proporcione nombre de procedimientos, comenzando por el principal y luego los secundarios: _____

Indique el tiempo operatorio: _____ Si requirió ayudantía, detalle el motivo: _____

Si solicitó

médico para interconsulta, explique el motivo: _____

Quedará el paciente con algún impedimento o secuela? SI () NO () en caso afirmativo explique el motivo: _____

Tiempo de

incapacidad. _____ Cuándo estima que el paciente se considerará curado? _____

Para efectos de pago, debe anexar resultados de estudios, exámenes de laboratorio y/o gabinete y reporte operatorio en caso de cirugías.

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Teléfono No. _____ Fax: _____

Firma y sello del médico

No. JVPM