

RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS

INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. No. de póliza CERT. _____		Nombre del Grupo _____		2. Nombre del asegurado (dueño de póliza) _____		Fecha de Nac. (dueño de póliza) _____		3. Cédula _____	
4. Teléfono: _____		5. Nombre del paciente: _____			6. Fecha de Nac. del Paciente: Día _____ Mes _____ Año _____			7. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
8. Favor detalle el total de gastos que Ud. está presentando:		9. En caso de accidente, explique donde _____ cuando _____ y como sucedio _____			10. Si posee Ud. otro seguro que pudiera cubrir parte de los gastos, indique: Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Acc. Personal				
Consulta \$ _____	Medicamentos \$ _____				Laboratorio \$ _____	Rayos X \$ _____	Cirugía \$ _____	Exámenes Especiales \$ _____	Otros \$ _____
TOTAL \$ _____	Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Así mismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.			Firma _____		Fecha _____			
AUTORIZACION PARA REEMBOLSO DIRECTO A MEDICO Y/O HOSPITAL									
Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/u hospital por los servicios prestados.									
				Firma _____		Fecha _____			

INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

11. Fecha en que tuvo el primer síntoma: Día _____ Mes _____ Año _____					<input type="checkbox"/> Enfermedad		<input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Embarazo (FUM)		
12. DIAGNOSTICO (FAVOR UTILICE COD.) _____									CODIGO _____		
13. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SERVICIO MEDICO SUMINISTRADO											
Fecha	Lugar (Cod.)*	Describe el procedimiento quirúrgico o servicio médico					Código	Cargo			
						Total					
*Código de lugar de Servicio: (PH) Paciente Hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro Lugar (U) Urgencias											
14. Indique los exámenes de Laboratorio o Rayor X que Ud. ordenó: 											
15. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez? Día _____ Mes _____ Año _____			Diagnóstico: _____				16. Nombre del Médico que lo refirió: _____				
Certifico que atendí al paciente arriba indicado y que las declaraciones que he hecho corresponden a los servicios que he prestado.											
Nombre del médico tratante _____				Firma del médico tratante _____				Fecha _____			
Nombre o razón social _____						Céd. o Ruc _____			Tel. Clínica _____		