MAPFRE | HONDURAS

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

de Gastos Médicos

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Solicitar que el médico tratante complete la "SECCION C" para cada enfermedad o accidente que este atienda por cada miembro de la familia asegurada.
2. El Asegurado Titular deberá completar cada pregunta de la"SECCION A" detalladamente y firmar en el lugar indicado.
3. Todas las preguntas planteadas en este formulario deben ser estrictamente respondidas por el asegurado titular y por el Médico Tratante.
4. Debe adjuntar con el formulario de reclamaciones el ORIGINAL de todas las facturas, recibos médicos y órdenes médicas: de clínicas, laboratorios y farmacias que correspondan al caso.
5. Entregar éste a la persona encargada de la póliza en su empresa para que lo autorice y sea enviado a la Compañía de Seguros para el análisis correspondiente. (Aplica únicamente para pólizas colectivas)
6. En los casos que no sean de emergencias y para los cuales se recomienda una operación quirúrgica o internamiento, se debe obtener antes una pre-autorización por parte de la compañía y en los casos en que nuestro cuerpo médico estime conveniente el paciente será sometido a una segunda evaluación médica.
7. Si el asegurado titular o sus dependientes tiene vigente otro seguro médico el que cubre los gastos incurridos, MAPFRE reconocerá el coaseguro sobre gastos elegibles bajo el concepto de coordinación de beneficios; el asegurado debe presentar copia de la liquidación de la otra compañía de seguros.

SECCION A. DATOS GENERALES DEL SEGURO

1. Nombre del Asegurado: No. de Póliza:

Identidad No.: Teléfonos: E-mail:

2. Nombre del paciente por el cual se hace el reclamo:

Edad: ◯ años ◯ meses sexo: ◯ M ◯ F ¿Qué otro seguro posee que pueda cubrir parte de los gastos por los cuales se hacen los reclamos?

3. En caso de ser menor de edad, favor indicar nombre del padre o la madre del menor:

4. El Reclamo se hace a causa de: ◯ Enfermedad ◯ Accidente. Favor describa:

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?

En caso de accidente:

¿Cuándo ocurrió? ¿Dónde ocurrió?

¿Cómo ocurrió?

Hora del accidente: A.M. P.M.

5. ¿Ha recibido el paciente anteriormente algún tratamiento por esta enfermedad o accidente?

SI ◯ NO ◯ en caso de ser afirmativo, favor indicar detalle, incluyendo fechas, médicos y clínicas

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a MAPFRE

Fecha

Firma Asegurado

SECCION B. Para ser completada por la persona autorizada en la empresa contratante, aplica únicamente para pólizas colectivas

1.- Nombre del Grupo Asegurado:	No. de Póliza
2.- Nombre del Empleado Asegurado:	No. de Certificado
3.-Fecha en que entró en vigencia la cobertura de la persona por la cual se hace el reclamo (es decir el paciente):	
4.- Posición de empleado asegurado en el grupo:	
5.- Considera Ud. Que este reclamo es razonable necesario y correcto:	
TOTAL DE RECIBOS ADJUNTO Lps.	
Observaciones	

Lugar y Fecha _____ Firmas Autorizando el Reclamo _____ Cargo _____

SECCION C. Para ser completada por el Médico

1.- Nombre del Paciente:

Edad: Años ◯ Meses ◯ Sexo M ◯ F ◯

2.- Diagnóstico (S):

Si es paciente femenino ¿Se debe este a embarazo? Si ◯ No ◯

Si es afirmativo, indicar fecha de última menstruación

3.- Lugar y Fecha de Atención al Paciente:

4.- Antecedentes Quirúrgicos:

5.- Según su conocimiento:

¿Cuándo comenzó la causa básica de esta condición?

Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición o alguna condición relacionada a esta (En caso afirmativo, favor detallar):

6.-Favor indicar qué Exámenes de Laboratorio o Rayos X se Indican:

7.- Detalle de Honorarios por:		Lps.	Total
	Consulta ◯		
	Tratamiento ◯		
	Cirugía ◯		

8.-Tratamiento Médico a realizar:

9.- Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

FAVOR CONTINUAR CON ESTAS PREGUNTAS SOLAMENTE EN CASO DE HOSPITALIZACION

10.- Favor indicar CUADRO CLINICO Y HALLAZGOS FISICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado:

11.-Favor detallar tratamiento u operación Quirúrgica:

Se presentó alguna complicación Si ◯ No ◯

¿En caso afirmativo, favor describa ésta?

12.-Período de Hospitalización:

Fecha de ingreso:

Fecha de alta:

13. Nombre del Hospital:

Dirección:

FIRMA Y SELLO _____ FECHA _____

NOMBRE DEL MEDICO _____