FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA GASTOS MEDICOS

Seguros Continental
De la mano contigo
FRGM_V012024

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre de la Empresa para la cual labora:	
Numero de Póliza:	
Nombre completo del Asegurado principal:	
DNI:	
Telefono:	
Nombre del paciente que presenta la reclamación:	
Sexo:	Femenino ☐ Masculino ☐
Edad (años, meses):	
El reclamo es a causa de:	Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐

A1. EN CASO DE ACCIDENTE:

Indique la fecha en que ocurrió el accidente:	
Hora del accidente:	
Lugar del accidente:	
¿Cómo ocurrió?	

A2. EN CASO DE ENFERMEDAD:

Describa los síntomas:	
Fecha en que iniciaron los síntomas:	
Fecha de la primera consulta médica por estos síntomas:	
¿Gastos incurridos por estos síntomas en los meses anterior a esta fecha actual?	SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, indicar el nombre, dirección y Telefono del médico y Fecha en que le fue diagnosticada la enfermedad: _____

Confirmo que he verificado la información y los cargos efectuados. Asimismo, autorizo a todos los Médicos, Centros Hospitalario y cualquier persona, institución o empresa que presto algún Servicio médico, para que suministre a la compañía de seguros todos los informes que requiera, incluyendo copias de los documentos y/o ficha médica.

Nombre y firma del Asegurado Principal	
Fecha	

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

Nombre del paciente:	
Sexo:	Femenino ☐ Masculino ☐
Edad (años, meses):	

La Compañía de Seguros, reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos, aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagara alguno en exceso de la cantidad que usualmente debe reconocerse por el Servicio o medicamente que se trate.

ESCANEAME

FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA GASTOS MEDICOS

Seguros Continental
De la mano contigo

FRGM_V012024

¿Desde cuándo atiende al paciente:	Dia _____ Mes _____ Año _____
Describa el Diagnostico(s) completo, lesiones encontradas, las complicaciones y tratamiento en el consultorio, si procede:	
En caso de que el paciente sea femenino, ¿Se debe a embarazo?	SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, indique última fecha de menstruación:	
Si el paciente fue referido por otro médico o hay otros médicos involucrados, favor citar:	Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
Según su opinión, ¿Cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión?	Dia _____ Mes _____ Año _____
¿Ha recibido el paciente, anteriormente, tratamiento médico por esta condición u otra similar?	SI ☐ NO ☐ Si es afirmativo, indicar la fecha inicial del tratamiento, nombre del médico y diagnóstico:
¿Ordeno usted Hospitalización?	SI ☐ NO ☐
En caso negativo, nombre del médico que la ordeno:	Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
Favor indicar que exámenes médicos de laboratorio o Rayos X se indicaran:	

B1. ATENCION Y/O TRATAMIENTO AMBULATORIO:

Número de Consultas:	
Total honorarios por consulta:	
Total honorarios por tratamiento:	

B2. ATENCION Y/O TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

Nombre de la Clínica u Hospital	
Fecha de Ingreso	Dia _____ Mes _____ Año _____
Fecha de Egreso	Dia _____ Mes _____ Año _____
Clase de tratamiento, cirugía o intervención aplicada:	
¿Se presentó alguna complicación?	SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, favor explicar:
¿Explique qué intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante y por qué?	
¿Gastos incurridos por estos síntomas en los meses anterior a esta fecha actual?	SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, indicar el nombre, dirección y Telefono del médico y Fecha en que le fue diagnosticada la enfermedad:

La Compañía de Seguros, reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos, aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagara alguno en exceso de la cantidad que usualmente debe reconocerse por el Servicio o medicamente que se trate.

ESCANEAME

FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA GASTOS MEDICOS

Seguros Continental
De la mano contigo
FRGM_V012024

B3. ATENCION POR MATERNIDAD:

Fecha aproximada de fecundación:	
Fecha de Parto	Dia _____ Mes _____ Año _____

B4. INFORMACION COMPLEMENTARIA:

¿Extendió al paciente Incapacidad Laboral?	SI ☐ NO ☐ ¿Cuántos días? _____A partir de _____ En caso afirmativo, ¿Por qué?: _____ _____
¿Ha quedado el paciente con algún impedimento físico?	SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, explique: _____ _____ _____
¿Continua el paciente a su cuidado por esta condición?	SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, ¿Cuándo terminara? Dia ____Mes____Año _____
Certifico que la información es verídica a mi leal saber y entender, y también conformo que he prestado los servicios médicos por los cuales se presenta esta reclamación.	
Nombre, firma y sello del Médico Tratante	
Fecha	
No. De Colegiado	
Dirección	
Telefono	

SECCION C: DEBE SER COMPLETADA POR LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Numero de Reclamo:	
Numero de Póliza:	
Certificado No.	
Tipo de Plan	
Primas pagadas al dia:	Dia _____ Mes _____ Año _____
Fecha de revisión del reclamo:	
Revisado por:	

La Compañía de Seguros, reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos, aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagara alguno en exceso de la cantidad que usualmente debe reconocerse por el Servicio o medicamente que se trate.

ESCANEAME