FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS

Seguros Atlántida

IMPORTANTE: Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar las preguntas en forma detallada.

SECCIÓN "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL.

Nombre de la Empresa para la cual labora: _____

Nombre completo del asegurado: _____

Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos incurridos por: MI ☐ ESPOSO(A) ☐ HIJO(A) ☐

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

En caso de Accidente:

Indique cuando ocurrió: _____ Hora: _____ Donde ocurrio: _____

Como ocurrió (practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.): _____

_____

_____

En caso de enfermedad:

Describir los síntomas: _____

Fecha en que dio inicio: _____ Fecha de la primera consulta: _____

Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:

SI ☐ NO ☐ Cuando: _____

En caso afirmativo favor indicar el nombre, dirección, teléfono del médico y fecha en que fue diagnosticada: _____

_____

_____

En caso de Maternidad:

Fecha de inicio del embarazo: _____

Fecha del parto o aborto: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre y teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios: _____

_____

_____

TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑÍA: SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es afirmativa, favor indicar el nombre y número de póliza: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otro para que suministren a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., cualquier información incluyendo copias de sus archivos (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc., pertenecientes a este reclamo. Quedando entendido que la compañía de Seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

Fecha: _____ Firma del Asegurado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN "B" PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE.

Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad: SI ☐ NO ☐

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad: SI ☐ NO ☐

Recomienda que se pague esta incapacidad: SI ☐ NO ☐

Nombre del Asegurado:		
Fecha efectiva del seguro:		Fecha de empleo:
Nombre del dependiente:		Fecha efectiva del seguro:
Nombre del dependiente:		Fecha efectiva del seguro:
Nombre de la empresa contratante:		
Póliza Número:	Certificado Número:	Categoría o Clase:
Firma Autorizada:		Cargo:
Fecha:		SELLO DE LA EMPRESA:

FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNTAR LAS FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIÓ POR ESTA INCAPACIDAD, ÓRDENES Y RESULTADOS DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y RECETAS DE MEDICINA

SECCIÓN "C" PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE.

1. Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐
2. Fecha de primera consulta por esta incapacidad: _____
3. Dé su diagnóstico completo: _____
4. Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión? _____
5. Fecha inicial del tratamiento: _____
6. ¿Ordenó usted hospitalización? SI ☐ NO ☐ En caso negativo, nombre del médico que la ordenó: _____
   _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
7. Si el paciente fue referido por otro médico o hay otros médicos involucrados, favor citar:
   Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR UNICAMENTE LA SECCIÓN QUE CORRESPONDA AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Número de visitas en clínica: _____ Valor por visita: _____ Total: _____
Número de visitas a domicilio: _____ Valor por visita: _____ Total: _____

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Nombre del hospital:
Fecha de Admisión: _____ Fecha de Egreso: _____
Si no hay cirugía: Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones: _____
Número de visitas dentro del hospital: _____ Valor por visita: _____ Total: _____
(Solo para casos en los que no hay cirugía involucrada) Honorarios por Tratamiento: _____
Si hay cirugía, indique el nombre de el o los procedimientos realizados:
_____ Número de Código REDHSA: _____
_____ Número de Código REDHSA: _____
Honorarios por procedimiento quirúrgico exclusivamente: _____
_____

MATERNIDAD

Si el reclamo es por maternidad, indique:
Fecha aproximada de fecundación: _____ Fecha de parto o aborto: _____

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto tiempo: _____

Observaciones: _____

NOTA: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales y otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieren a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

Nombre y sello del Médico: _____ No. de Colegiado: _____

Dirección y Teléfono: _____

Firma y Sello del Médico: _____ Fecha: _____

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 pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR LA COMPAÑÍA CONFORMACIÓN DE COBERTURAS

Empleado asegurado SI ☐ NO ☐ Dependiente SI ☐ NO ☐ Cobertura de Gastos Médicos SI ☐ NO ☐

Póliza No. _____ Certificado No. _____ Plan: _____ Fecha inclusión al plan: _____
Primas pagadas hasta: _____ Revisado por: _____ Fecha: _____