PSM INTERNACIONAL
Programa de Seguro Médico Internacional

FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS

ASEGURADORA GENERAL

TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER RESPONDIDAS PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Gastos Médicos incurridos por Titular ☐ Cónyuge ☐ hijo(a) ☐

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI ☐ NO ☐

4. Indique la índole de la dolencia: _____

5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI ☐ NO ☐

   En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ (DIA / MES / AÑO) A las _____ A.M. ☐ P.M. ☐

   ¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? _____ (DIA / MES / AÑO) Dé la fecha de la primera visita: _____ (DIA / MES / AÑO)

7. Nombre y dirección del primer Médico consultado _____

8. Indique los síntomas que le causó la enfermedad _____

9. Recibió algún tratamiento previo: SI ☐ NO ☐

10. Dé nombre, dirección y teléfono de su Médico actual, así como el de todos los otros Médicos que lo asisten por esta enfermedad:

    _____

    _____

    _____

11. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique:

    Nombre del Hospital: _____ Fecha de Admisión: _____ (DIA / MES / AÑO)

12. ¿Están los gastos de este reclamo cubiertos por cualquier otra póliza de Gastos Médicos? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique:

    Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

    Fecha de Vigencia: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y centros de salud que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Fecha: _____

_____
Nombre del Asegurado Titular

No. Certificado: _____

Teléfonos: _____

_____
Firma del Asegurado Titular

Dirección: _____ **E-mail:** _____

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR SU RECLAMO

1. Complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras.
2. Su médico tratante deberá completar, firmar y sellar la Sección B. Sírvase indicarle que debe de responder todas las preguntas.
3. Por favor sírvase adjuntar a este formulario las FACTURAS ORIGINALES que amparen sus gastos y la siguiente papelería de acuerdo al tipo de gasto efectuado:

EXAMENES
- Orden del médico
- Resultados de los exámenes de laboratorio
- Resultados de Radiografías o Resonancias
- Resultados de Tomografía o Endoscopía

MEDICAMENTOS
- Receta del médico (paciente, dosis, frecuencia y periodo de tratamiento)

HOSPITALIZACION
- Indicar record de anestesia
- Detalle del Hospital

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ASISTENTE

1. Nombre del Paciente:_____ Edad_____ Sexo _____

2. ¿Se debe su condición a embarazo? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, dé la fecha aproximada en que se inició el embarazo: _____ (DIA MES AÑO)

3. Dé su diagnóstico completo: _____

_____

4. Si se practicó la cirugía, describa la operación; si es posible indique el código del procedimiento: _____

_____

_____

5. ¿En qué hospital o Clínica se practicó la cirugía? _____

6. Si no se practicó Cirugía, describa ampliamente el tratamiento HOSPITALARIO ☐ AMBULATORIO ☐ Indique si es posible el Código del procedimiento: _____

_____

7. ¿Ordenó usted hospitalización? SI ☐ NO ☐ En caso negativo, indique el nombre del Médico que la ordenó:

_____

8. Indique: Fecha y hora de Admisión _____ (DIA MES AÑO) _____Hrs. Fecha y hora de Salida_____ (DIA MES AÑO) _____Hrs.

9. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:

En el hospital _____ de visita

En la casa _____

En el consultorio _____

No. de visitas_____ Valor por consulta_____ Total_____

10. Según su opinión: ¿Cuándo se originó la causa básica de esta condición?_____ (DIA MES AÑO)

11. ¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o recibido algún tratamiento por esta condición? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo, describa:

HOSPITAL	FECHA	DESCRIPCION

12. Si el paciente le fue referido por otro médico, indique el nombre de ese médico: _____

13. ¿El paciente continúa en tratamiento? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es afirmativa, ¿Por cuánto tiempo? _____

14. En su opinión impediría, la seriedad del padecimiento que el paciente trabaje? SI ☐ NO ☐

_____ _____ _____

Nombre del Médico **Firma del Médico** **SELLO**

Fecha:_____ (DIA MES AÑO)

OBSERVACIONES: Anote en este espacio cualquier información adicional que contribuya a evaluar mejor el reclamo:

_____

CONTRASEÑA DE RECEPCION DE RECLAMO

El día____ de _____ de 20____ recibimos su reclamo, el mismo será enviado inmediatamente a la Compañía de Seguros. Al evaluar esta documentación la compañía de seguros requiriera alguna otra documentación, nos comunicaremos con usted.

Nombre del paciente:_____ Monto presentado:_____

De estar todo en orden, el día_____ de _____de 20_____ le estaremos resolviendo su reclamo.

Recibido por :_____ Firma:_____ Sello:_____