SEGUROS AMERICA
Asegurando tu futuro

Reclamación:
Nuevo ( ) No. _____
Tx. Prolongado ( ) No. _____
Emergencia ( ) No. Cuenta: _____
Hospital: _____
Fecha de Atención: _____/_____/_____

FORMULARIO DE RECLAMO DE "SEGURO MEDICO"
PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE O ASEGURADO

- El tiempo máximo para presentar su Solicitud de reembolso es ***de 90 días calendario*** a partir de la fecha del gasto.
- Todo ***Procedimiento con costo unitario mayor a U$ 150.00 debe ser Preautorizado por la Compañía*** para lo cual deberá remitir formulario debidamente completado por su Médico Tratante.
- Para evitar demoras en el Proceso de su Reclamo ***conteste cada pregunta*** detalladamente, reclamos incompletos no serán procesados.
- Adjunte ***facturas membretadas originales (ley de pie de imprenta)*** detallando gastos por servicios, así como receta de medicamentos prescritos, órdenes de exámenes y resultados de exámenes practicados.
- Los gastos presentados serán reembolsados según los ***gastos usuales y acostumbrados***. En ningún caso será reconocido como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios y no estén amparados por su póliza.

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Médicos incurridos por: Mi [ ] Esposo(a) [ ] Hijo(a) [ ]

1. **Nombre del Paciente:** _____ No. de Póliza: _____ No. Certificado: _____
   Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
2. Indique la índole de la dolencia o motivo de consulta:_____
   _____
3. En caso de enfermedad ¿Cuando comenzó? _____/_____/_____ Síntomas Presentados: _____
   _____
   Nombre y dirección del primer medico consultado: _____
   Fecha de la primera consulta: _____/_____/_____ Nombre y dirección de su Médico Actual: _____
   _____
   Nombre de todos los Médicos que lo tratan por esta condición: _____
   _____
4. Fue causada la dolencia por un accidente: _____ En casa afirmativo, indique cuando ocurrió: _____/_____/_____
   ¿Dónde y como ocurrió este accidente? _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden, las facturas adjuntas y las órdenes prescritas por mi Médico, son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Queda entendido que la compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

Nombre del Asegurado Titular de Póliza: _____ _____

Fecha: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____ Firma del Asegurado titular

PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE O FIRMA AUTORIZADA

¿El empleado se encontraba trabajando cuando se autorizó este reclamo? [ ] Si [ ] No

Empresa Contratante: _____

Nombre de la persona que autoriza el reclamo: _____

_____

Cargo: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE

Favor completar todas y cada una de las preguntas con su puño y letra

1. Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
2. Diagnósticos Establecido o a descartar:_____

_____

3. Tratamiento recomendado: _____

_____

4. Exámenes de diagnóstico indicados: _____

_____

5. Fecha que Usted examinó a este paciente por primera vez por esta condición: _____/_____/_____
6. Según su opinión ¿Cuándo se origino la causa básica de esta lesión o enfermedad? _____/_____/_____
7. Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada por primera vez: _____/_____/_____
8. ¿Este paciente ha recibido tratamiento por la misma causa anteriormente? [ ] Si [ ]No
   En caso afirmativo, detalle: Fecha de atención: _____/_____/_____, Nombre del Hospital: _____
   Tratamiento administrado: _____
9. Todas las fechas que usted atendió este paciente: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ No. visitas _____
10. Según su opinión, ¿fue causada la enfermedad o accidente por o en su trabajo? [ ]Si [ ] No
    En caso afirmativo, detalle: _____
11. ¿Esta condición se debe a Embarazo? [ ] Si [ ] No, Fecha de ultima Regla (FUR) _____/_____/_____,
    Fecha probable de Parto (FPP) _____/_____/_____, Semanas de Gestación: _____

EN CASO DE HOSPITALIZACION RESPONDA:

12. ¿Ordeno Usted la hospitalización? [ ] Si [ ] No ¿En cual Hospital? _____
    En caso negativo, favor nombre el médico quien la recomendó: _____

Admitido: _____/_____/_____ a las _____ horas Salida: _____/_____/_____ a las _____ horas

Diagnóstico de admisión: _____ y de alta: _____

13. Si se practico cirugía, ¿Cuál? _____ Costo US$_____
14. ¿Presentó alguna complicación? ¿Cuál? _____

_____

EVOLUCION Y PRONÓSTICO:

15. Este paciente, ¿esta completamente curado de esta condición? [ ] Si [ ] No, En caso negativo, detalle:

_____

16. ¿Cuánto tiempo de tratamiento cree Usted que el paciente necesita? _____

_____

Doctor, favor proporcionar cualquier información que Usted crea importante o relevante a este caso: _____

_____

_____

Nombre del Médico Tratante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Completado el _____de _____ del año _____ en _____

Firma del Médico Tratante **SELLO** Registro del MINSA

_____ _____

No. de Reclamo Ajustador de Reclamos

Recomendaciones del Ajustador

[ ] Aceptar [ ] Rechazar [ ] Investigar