

FORMULARIO DE RECLAMOS DE GASTOS MÉDICOS

Favor completar este formulario en su totalidad en LETRA IMPRENTA.
 Asegúrese que todas las preguntas estén debidamente contestadas y firmar el documento al reverso.
 En caso de estar incompleto o escrito ilegible no podrá ser procesado.

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO/PROVEEDOR

1. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. NÚMERO DE PÓLIZA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. N.º CERTIFICADO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. E-MAIL PERSONAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. CELULAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO

7. NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE QUE SE ATENDIÓ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. CÉDULA O PASAPORTE

9. FECHA DE NACIMIENTO

DD MM AA

10. ¿TIENE EL PACIENTE SEGURO EN OTRA COMPAÑÍA? SÍ NO

FECHA EFECTIVA

DD MM AA

NÚMERO DE PÓLIZA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. PAÍS DE ATENCIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. LUGAR DE EMPLEO, COLEGIO O UNIVERSIDAD DEL PACIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OCUPACIÓN

13. RECLAMO A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD: SÍ NO

FECHA DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS

DD MM AA

DESCRIBA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. RECLAMO A CAUSA DE ACCIDENTE: DESCRIBA SÍ NO ¿CUÁLES SON LAS LESIONES QUE SUFRÍÓ?

¿CUÁNDO OCURRIÓ? DD MM AA HORA

¿DÓNDE OCURRIÓ?

¿CÓMO OCURRIÓ?

¿LA PERSONA RESPONSABLE ES UN TERCERO? SÍ NO

NOMBRE DEL RESPONSABLE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CELULAR

ASEGURADORA

15. ¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE TRATAMIENTO, INCAPACIDAD HOSPITALARIA POR ALGUNA DE LAS LESIONES O ENFERMEDADES DESCRIPTAS ARRIBA? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE DD MM AA

TOTALMENTE INCAPACITADO

FECHA DE INGRESO DD MM AA

PARCIALMENTE INCAPACITADO

NOMBRE DE LOS MÉDICOS CONSULTADOS

DESDE: DD MM AA

CLÍNICA U HOSPITAL

HASTA: DD MM AA

16. DETALLE DE CARGOS

Consulta B./ _____

Medicinas B./ _____

Laboratorios B./ _____

Rx/Ultrasonido B./ _____

Terapias B./ _____

Otros B./ _____

Total de Cargos B./ _____

GUÍA DEL ASEGURADO PARA LA PRESENTACIÓN DE SU RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS

Para brindarle un servicio más rápido y eficiente con relación al trámite y reembolso de su reclamo, le detallamos los pasos a seguir:

- Revise que el formulario de reclamos esté completado en todas sus partes.
- Asegúrese de que su firma aparezca en este Formulario de Reclamos de Gastos Médicos.
- Verifique que los códigos de diagnósticos hayan sido indicados en este formulario.
- Las facturas o recibos deben ser originales, contar con la descripción detallada de cada medicamento o procedimiento y cumplir con los requisitos fiscales exigidos por la DGI.
- Adjuntar cualquier otra información requerida por la Aseguradora.

- Reclamos por compra de Medicamentos: No es necesario que el formulario de reclamos esté completado por el médico si:

- La orden de los medicamentos se encuentra debidamente expedida por el médico tratante con su respectiva fecha, firma y sello.
- La orden médica detalla el o los diagnósticos médicos.
- Se adjunta la orden médica original o fiel copia del original con sello de la farmacia que requirió mantener la original.

