

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS

**IMPORTANTE:** Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar todas 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  ESPOSA  HIJO(A)  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Identidad: \_\_\_\_\_ RTN: \_\_\_\_\_

#### En caso de Accidente:

Indique cuando ocurrió: \_\_\_\_\_ (Hora): \_\_\_\_\_ Donde ocurrió: \_\_\_\_\_  
Como ocurrió (Practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc...): \_\_\_\_\_

#### En caso de Enfermedad:

Describa las síntomas: \_\_\_\_\_  
Fecha en que se 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 y 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 su archivos (expediente del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a este reclamo. Queda 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: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNTAR FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIÓ POR ESTA INCAPACIDAD, ORDENES Y RESULTADOS DE EXÁMENES DE DIAGNOSTICO Y RECETAS DE MEDICINA.**

**SECCIÓN "B" PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE.**Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad:  SI  NOSe ha reclamado anteriormente por esta incapacidad:  SI  NORecomienda 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:	

**SECCIÓN "C" PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE.**1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

2. Fecha de primera consulta por esta incapacidad: \_\_\_\_\_

3. De su diagnóstico completo: \_\_\_\_\_

4. Según su opinión cuando 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 el médico que la ordenó:

Nombre: \_\_\_\_\_ 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 ÚNICAMENTE LA SECCIÓN QUE CORRESPONDE 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 del o los procedimientos realizadas: _____		
		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 continuara 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: \_\_\_\_\_