

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS



Para agilizar el trámite de su reclamo, conteste correctamente las siguientes preguntas, adjuntando facturas de los gastos incurridos por medicamentos, médicos, laboratorio y hospital. Este formulario deberá presentarse al contratante de la póliza y al médico tratante para que completen la parte que les corresponde.

I. PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR EL ASEGURADO

1- Nombre completo del Asegurado Titular: ID Asegurado:

2- Nombre completo del Paciente*: Parentesco*: Edad:

3- Causa de la reclamación:
 Enfermedad Accidente Embarazo Otros: (Especifique)

4- Si el reclamo es por enfermedad:
 a) Describa el padecimiento: b) Fecha de primeros síntomas: (dd/mm/aa)
 c) Fecha inicio tratamiento: (dd/mm/aa)

a) Médico(s) que consultó al presentarse los primeros síntomas.
 Nombre: Fecha: (dd/mm/aa) Teléfono:
 Nombre: Fecha: (dd/mm/aa) Teléfono:

e) Fecha primera consulta: (dd/mm/aa)

f) Si ya fue hospitalizado anteriormente por esta dolencia indique:
 Nombre del hospital: Teléfono: Fecha de ingreso: (dd/mm/aa) Fecha egreso: (dd/mm/aa)

5- Si el reclamo es por accidente:
 a) Fecha del accidente: (dd/mm/aa) c) Cómo ocurrió:
 b) Lugar dónde ocurrió:

6- Detalle de gastos efectuados:

DOCUMENTOS / FACTURAS	Nº DE FACTURA	IMPORTE GASTOS EFECTUADOS
a) Honorarios médicos	<input type="text"/>	Q. <input type="text"/>
b) Medicamentos (con orden médica)	<input type="text"/>	Q. <input type="text"/>
c) Exámenes de Laboratorio (con orden médica)	<input type="text"/>	Q. <input type="text"/>
d) Rx y Exámenes Especiales (con orden médica)	<input type="text"/>	Q. <input type="text"/>
e) Cuenta de Hospital o Clínica (detalle de gastos)	<input type="text"/>	Q. <input type="text"/>
f) Anestesia	<input type="text"/>	Q. <input type="text"/>
g) Otros gastos (explique)	<input type="text"/>	Q. <input type="text"/>
TOTALES		Q. <input type="text"/>

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 otros para que suministren a **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que **SEGUROS UNIVERSALES S.A.** se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

Lugar y fecha:

Firma del Asegurado Titular Firma del Paciente*

* Si es distinto del Asegurado Titular

II- PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR LA EMPRESA CONTRATANTE

1- Nº de Póliza: 2- Razón Social de la Empresa Contratante:

3- Nombre completo del empleado (Asegurado Titular):

4- Nombre del Paciente (Asegurado Titular o Dependiente): 5- Edad:

6- Lugar y fecha:

7- Nombre del representante:

Firma y sello:

III- PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO TRATANTE

(Conteste a todas las preguntas que siguen bajo su criterio médico)

Confirmando en mi condición de Médico, haber asistido al paciente:

Nombre completo del Paciente:

Edad:

1- Descripción de la enfermedad o accidente:

2 - Fecha de inicio de la causa básica de enfermedad:(dd/mm/aa)

Tiempo de evolución:

3. Diagnóstico:

4- Si ya fue tratado por la misma causa anteriormente indicar:

Nombre del médico:

Fecha: (dd/mm/aa)

Teléfono:

Nombre del médico:

Fecha:(dd/mm/aa)

Teléfono:

5- Si el paciente estuvo hospitalizado por causa de este reclamo indicar:

Nombre del Hospital o Clínica:

Fecha de ingreso:(dd/mm/aa) Hora:

Fecha de egreso:(dd/mm/aa) Hora:

A.M.

A.M.

P.M.

P.M.

6- Atención al paciente en el Hospital:

Fecha de 1ª visita: (dd/mm/aa)

Fecha última visita:(dd/mm/aa)

Nº total de días:

Nº total de visitas:

7- Tratamiento: (Detalle de medicamentos, análisis, Rx, etc.)

8- Si se practicó cirugía indique cual fue el procedimiento:

9- ACCIDENTE. Si la causa fue por accidente detalle:

a) Fecha del accidente:

Hora:

A.M.

P.M.

c) Descripción del accidente:

b) Lugar:

OBSERVACIONES:

10- EMBARAZO

En caso de embarazo, indicar:

Fecha de U.R.: (dd/mm/aa)

Fecha P.P.: (dd/mm/aa)

Nombre del médico:

Nº Colegiado:

Firma y sello:

Lugar y fecha:

Teléfono:

IV- PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR SEGUROS UNIVERSALES, S.A.

Procede reclamación: Sí No

Si no procede, indicar motivo:

Firma del médico asesor:

Firma responsable:

DETALLE DE LIQUIDACIÓN

Total gastos presentados:	Q.
(-) Gastos no cubiertos:	Q.
Sub Total	Q.
(-) Deducible	Q.
(-) Coaseguro (_____ %)	Q.
IVA No Cubierto	Q.
(+)IVA	Q.
TOTAL A PAGAR	Q.