



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO

Información del paciente y asegurado

1. Nombre del paciente (Nombre, 2do. nombre, apellidos)	2. Fecha de Nacimiento del Paciente Día Mes Año	3. Dirección del asegurado y No. de teléfono
4. Dirección del paciente y No. de teléfono	5. Sexo del Paciente Masculino Femenino	7. No. de Póliza del asegurado
	6. Relación del Paciente con el asegurado Usted Cónyuge Hijo Otro	
8. Esta condición estaba relacionada con: A. Enfermedad B. Accidente Si No Si No	9. Fecha en que los síntomas aparecieron o fecha del accidente	
	10. Detalles del accidente o enfermedad	

11. Firma del paciente o de la persona autorizada. Autorizo suministrar cualquier información necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de los beneficios médicos, al médico proveedor descrito abajo.

Firma (Asegurado o persona autorizada)

Fecha

Información del Médico o Proveedor

12. Fecha de enfermedad (Primer Síntoma), lesión (Accidente) o embarazo (Fum) dd mm yy yy yy	13. Fecha en que por primera vez usted fue consultado por esta condición dd mm yy yy yy	14. ¿Ha tenido el paciente previamente el mismo síntoma o síntomas similares? Si No
15. Nombre del médico que lo refiere	16. Para servicios relacionados con la hospitalización, dar las fechas de la hospitalización Admitido dd mm yy yy yy Dado de alta dd mm yy yy	
17. Nombre y dirección del lugar donde se prestaron los servicios	18. ¿Las pruebas de laboratorio se hacen fuera de su consultorio? Si No	19. Honorarios

20. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión. Relacione el diagnóstico del procedimiento en la columna C con referencia a los números 7, 8, 9, etc. ó código DX.

21. A.	B.		C.	D. Descripción completa de los procedimientos, servicios o asistencia médica suministrados, en cada fecha indicada		E.
Fecha del servicio	*Lugar del servicio	**Código del servicio	Código del diagnóstico	Código del procedimiento	Explique los servicios o circunstancias no usuales	Honorarios

Observaciones	22. Total de los honorarios	24. Saldo
	23. Cantidad pagada	

25. Teléfono y dirección del médico o proveedor	26. No. de identificación o código de registro	27. Firma del médico proveedor o sello
---	--	--

- *Códigos del lugar del servicio
- 1- (F) Farmacia
 - 2- (H) Hospital
 - 3- (CP) Casa del Paciente
 - 4- (CC) Casa de Convaleciente
 - 5- (LI) Laboratorio Independiente
 - 6- (OL) Otro lugar
 - 7- (HO) Hospitalización
 - 8- (A) Ambulatorio
 - 9- (AM) Ambulancia Médica / Quirúrgica
 - 10- (CD) Cuidado Diurno
 - 11- (CN) Cuidado Nocturno
 - 12- (OF) Otra Facilidad Médica / Quirúrgica
 - 13- (OFS) Otras Facilidades