

FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS ASEGURADORA RURAL

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Solicitar que el médico tratante complete la "SECCION C" para cada enfermedad o accidente que este atienda por cada miembro de la familia aseguradora.
2. El Asegurado Titular deberá completar cada pregunta de la "SECCION A" detalladamente y firmar en el lugar indicado.
3. Todas las preguntas planteadas en este formulario deben ser estrictamente respondidas por el asegurado titular y por el médico tratante.
4. Deben adjuntar con el formulario de reclamación el ORIGINAL de todas las facturas, recibos médicos y órdenes médicas: de clínicas laboratorios y farmacias que correspondan al caso.
5. Entregar este a la persona encargada de la póliza en su empresa para que lo autorice y sea enviado a la compañía de seguros para el análisis correspondiente. (Aplica únicamente para pólizas colectivas).
6. En los casos que no sean de emergencia y para los cuales se recomienda una operación quirúrgica o internamiento, se debe obtener antes una pre-autorización por parte de la compañía y en los casi en que nuestro cuerpo médico estime conveniente el paciente será sometido a una segunda evaluación médica.
7. Si el asegurado titular o sus dependientes tiene vigente otro seguro médico el que cubre los gastos incurridos, ASEGURADORA RURAL reconocerá el coaseguro sobre gastos elegibles bajo concepto de coordinación de beneficios; el asegurado debe presentar copia de la liquidación de la otra compañía de seguros.

SECCION DE DATOS GENERALES

Nombre del asegurado:			
Identidad:	Teléfono	E mail:	N. Póliza
Nombre del Paciente por el cual se hace el reclamo:			
Edad:	Sexo: F ___ M ___	Posee otro seguro de gastos médicos Sí ___ No ___	
En caso de ser menor de edad, favor indicar nombre del tutor:			
El reclamo se hace a causa de: Enfermedad ___ Accidente ___ Favor describa:			
¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?			
En caso de Accidente detalle como ocurrió , cuando y donde se dio el hecho :			
¿Ha recibido el paciente anteriormente algún tratamiento por esta enfermedad o accidente? SI ___ NO ___ (En caso de ser afirmativo, favor indicar detalle, incluyendo fechas, médicos y clínicas.)			

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correcta y verdaderas a mi mejor conocimiento por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a ASEGURADORA RURAL HONDURAS S.A.

FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO

Sección B. Para ser completada por la persona autorizada en la empresa contratante, aplica únicamente para pólizas colectivas

Nombre del Grupo Asegurado:	N. Póliza
Nombre del Empleado Asegurado:	No. De Certificado
Fecha en que entro en vigencia la cobertura de la persona por la se hace el reclamo:	
Posición de empleado asegurado en el grupo:	
Considera Ud. Que este reclamo es razonable necesario y correcto:	
TOTAL DE RECIBOS ADJUNTO Lps.	

FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS ASEGURADORA RURAL

Observaciones:

Lugar y fecha

Firmas Autorizado en Reclamo

Cargo

SECCION C. Para ser completada por el Medico

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo F___ M___

Diagnostico(S):

Si es paciente femenino ¿se debe a embarazo? SI___ NO___
(si es afirmativo indicar la última fecha de menstruación)

Lugar y fecha de Atención al paciente :

Antecedentes Quirúrgicos:

Según su conocimiento
¿Cuándo comenzó la causa básica de esta condición?

Ha Recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición o alguna relacionada a esta (en caso de afirmativo, favor detallar:)

Favor indicar que Exámenes de Laboratorio o Rayos X se Indican:

Detalle de Honorarios por:

Consulta_____
Tratamiento_____
Cirugía_____

LPS.

Total

Tratamiento Médico a Realizar:

Total Incapacitado: Desde:_____ Hasta:_____
Parcialmente Incapacitado Desde:_____ Hasta:_____

FAVOR CONTINUAR CON ESTAS PREGUNTAS SOLAMENTE EN CASO DE HOSPITALIZACION

Favor indicar CUADRO CLINICO Y HALLAZGOS FISICOS que apoyen el diagnostico arriba indicado:

Favor Indicar tratamiento u operación Quirúrgica:

Se presentó alguna Complicación SI___ NO___
¿En caso afirmativo, favor describa esta?

Periodo de Hospitalización: Fecha de Ingreso_____ Fecha de Alta:_____

Nombre del Hospital:

Dirección:

Firma y Sello _____

Fecha _____

Nombre del Médico _____