



## Formulario de Reclamación de Seguro

### INFORMACION DEL PACIENTE Y ASEGURADO

1. Nombre del paciente (Nombre, 2do. nombre, apellido)		2. Fecha de Nacimiento del Paciente		3. Dirección del asegurado y No. de teléfono	
		Día	Mes	Año	
4. Dirección del paciente y No. de teléfono		5. Sexo del Paciente			
		Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
		6. Relación del Paciente con el asegurado		7. No. de Póliza del asegurado	
		Usted	Cónyuge	Hijo	Otro
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Esta condición estaba relacionada con:		9. Fecha en que los síntomas aparecieron o fecha del accidente			
A. Enfermedad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		B. Accidente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		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 descritos abajo.

Firma (Asegurado o persona autorizada)

Fecha

### INFORMACION DEL MÉDICO O PROVEEDOR

12. Fecha de enfermedad (Primer Síntoma), lesión (Accidente) o embarazo (Fum)		13. Fecha en que por primera vez usted fue consultado por esta condición		14. ¿Ha tenido el paciente previamente el mismo síntoma o síntomas similares?	
		D	M	A	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15. Nombre del médico que lo refiere		16. Para servicios relacionados con la hospitalización, dar las fechas de la hospitalización			
		Admitido	D	M	A
		Dado de alta	D	M	A
17. Nombre y dirección del lugar donde se prestaron los servicios		18. ¿Las pruebas de laboratorio se hacen fuera de su consultorio?			
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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
						23. Cantidad pagada
						24. Saldo
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

**\*\* Códigos del servicio**

- 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