



## FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste cada una de las preguntas descritas en las dos secciones de este formulario, todas las preguntas descritas deben ser contestadas. Este cuestionario se entrega a su Corredor de Seguros o al Oficial PSM de Seguros Crefisa.

### SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Médicos incurridos por mí  por mi esposo (a)  por mi hijo(a)

1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino  Masculino

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI  NO

4. Indique la lesion o la dolencia: \_\_\_\_\_

5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI  NO

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

A las \_\_\_\_\_ A.M.  P.M.

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

6. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_

DIA MES AÑO

7. Nombre, dirección y teléfono del primer Médico consultado \_\_\_\_\_

8. Dé la fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

9. Dé nombre, dirección y teléfono de su Médico actual y de todos los otros Médicos que lo asisten por esta enfermedad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia?

SI  NO

En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

11. ¿Están los gastos de este reclamo cubiertos por cualquier otra póliza de Gastos Médicos? SI  NO  En caso afirmativo indique:

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

12. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono a donde podemos localizarlo si fuera necesario.

Tel: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores, personas que me atendieron, a todos los Hospitales y otras Instituciones a que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Nombre Completo Del Asegurado Titular

Firma Del Asegurado Titular

Fecha: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

NO DE CERTIFICADO

**SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ASISTENTE**

1. Nombre completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

2. ¿Se debe su condición a embarazo? SI  NO  En caso afirmativo, dé la fecha de la última Menstruación \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

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

4. Si se practicó la cirugía, describa la operación; si es posible indique el código del procedimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. ¿En qué hospital o Clínica se practicó la cirugía? \_\_\_\_\_

6. Si no se practicó Cirugía, describa ampliamente el tratamiento HOSPITALARIO  AMBULATORIO  Indique si es posible el Código del procedimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. ¿Ordenó usted hospitalización? SI  NO  En caso negativo, indique el nombre del Médico que la ordenó: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8. Indique: Fecha de Admisión \_\_\_\_\_ Fecha de Salida \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

9. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:  
 En el hospital \_\_\_\_\_ de visita  
 En la casa \_\_\_\_\_  
 En el consultorio \_\_\_\_\_

10. Según su opinión: ¿Cuándo se originó la causa básica de esta condición? \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

11. ¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o recibido algún tratamiento por esta condición? SI  NO  En caso afirmativo, describa:

HOSPITAL	FECHA HOSPITALIZACIÓN	DIAGNÓSTICO

12. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? SI  NO

\_\_\_\_\_  
**Nombre Del Médico**

\_\_\_\_\_  
**Firma Del Médico**

Fecha: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

\_\_\_\_\_  
**SELLO**

**OBSERVACIONES:** Anote en este espacio cualquier información adicional que contribuya a evaluar mejor el reclamo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_