



**SEGUROS  
AMERICA**

Asegurando tu futuro

**Reclamación:**

Nuevo ( ) No. \_\_\_\_\_

Tx. Prolongado ( ) No. \_\_\_\_\_

Emergencia ( ) No. Cuenta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de Atención: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FORMULARIO DE RECLAMO DE "SEGURO MEDICO"  
PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE O ASEGURADO**

- El tiempo máximo para presentar su Solicitud de reembolso es **de 90 días calendario** a partir de la fecha del gasto.
- Todo **Procedimiento con costo unitario mayor a U\$ 150.00 debe ser Preautorizado por la Compañía** para lo cual deberá remitir formulario debidamente completado por su Médico Tratante.
- Para evitar demoras en el Proceso de su Reclamo **conteste cada pregunta** detalladamente, reclamos incompletos no serán procesados.
- Adjunte **facturas membretadas originales (ley de pie de imprenta)** detallando gastos por servicios, así como receta de medicamentos prescritos, órdenes de exámenes y resultados de exámenes practicados.
- Los gastos presentados serán reembolsados según los **gastos usuales y acostumbrados**. En ningún caso será reconocido como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios y no estén amparados por su póliza.

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Médicos incurridos por: Mi [ ] Esposo(a) [ ] Hijo(a) [ ]

1. **Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_ No. Certificado: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Indique la índole de la dolencia o motivo de consulta: \_\_\_\_\_

3. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Síntomas Presentados: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del primer medico consultado: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre y dirección de su Médico Actual: \_\_\_\_\_

Nombre de todos los Médicos que lo tratan por esta condición: \_\_\_\_\_

4. Fue causada la dolencia por un accidente: \_\_\_\_\_ En casa afirmativo, indique cuando ocurrió: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Dónde y como ocurrió este accidente? \_\_\_\_\_

**Por este medio certifico que las respuestas que anteceden, las facturas adjuntas y las órdenes prescritas por mi Médico, son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Queda entendido que la compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.**

**Nombre del Asegurado Titular de Póliza:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado titular

**PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE O FIRMA AUTORIZADA**

¿El empleado se encontraba trabajando cuando se autorizó este reclamo? [ ] Si [ ] No

Empresa Contratante: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que autoriza el reclamo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE**

Favor completar todas y cada una de las preguntas con su puño y letra

1. Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
2. Diagnósticos Establecido o a descartar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Tratamiento recomendado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Exámenes de diagnóstico indicados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Fecha que Usted examinó a este paciente por primera vez por esta condición: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
6. Según su opinión ¿Cuándo se origino la causa básica de esta lesión o enfermedad? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
7. Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada por primera vez: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
8. ¿Este paciente ha recibido tratamiento por la misma causa anteriormente?  Si  No  
En caso afirmativo, detalle: Fecha de atención: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_  
Tratamiento administrado: \_\_\_\_\_
9. Todas las fechas que usted atendió este paciente: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ No. visitas \_\_\_\_\_
10. Según su opinión, ¿fue causada la enfermedad o accidente por o en su trabajo?  Si  No  
En caso afirmativo, detalle: \_\_\_\_\_
11. ¿Esta condición se debe a Embarazo?  Si  No, Fecha de ultima Regla (FUR) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
Fecha probable de Parto (FPP) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Semanas de Gestación: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE HOSPITALIZACION RESPONDA:**

12. ¿Ordeno Usted la hospitalización?  Si  No ¿En cual Hospital? \_\_\_\_\_  
En caso negativo, favor nombre el médico quien la recomendó: \_\_\_\_\_  
Admitido: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas Salida: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas  
Diagnóstico de admisión: \_\_\_\_\_ y de alta: \_\_\_\_\_
13. Si se practico cirugía, ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Costo US\$ \_\_\_\_\_
14. ¿Presentó alguna complicación? ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EVOLUCION Y PRONÓSTICO:**

15. Este paciente, ¿esta completamente curado de esta condición?  Si  No, En caso negativo, detalle: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. ¿Cuánto tiempo de tratamiento cree Usted que el paciente necesita? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doctor, favor proporcionar cualquier información que Usted crea importante o relevante a este caso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Completado el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

Firma del Médico Tratante

SELLO

Registro del MINSA

No. de Reclamo

Ajustador de Reclamos

Recomendaciones del Ajustador  
 Aceptar  Rechazar  Investigar