

**FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS
SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO**

Estimado asegurado: Para atender su solicitud de gastos médicos con prontitud, este formulario deberá completarse debidamente, según se indica. Deberá anexar toda la documentación que lo respalde incluyendo el reporte del médico o clínico y del hospital, si procedió intervención quirúrgica o internamiento hospitalario, según sea el caso de cirugía o tratamiento.

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre de la empresa contratante:					
Datos del carné			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. Póliza	No. Carné	Fecha efectiva	Día	Mes	Año
Nombre del empleado:					
Nombre del paciente:					
Gastos incurridos por:			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mismo asegurado	Cónyuge	Hijo	Hija	Fecha nacimiento	Edad
				Día	Mes
				Año	
Solicitud de reembolso:					
Nuevo	<input type="checkbox"/>	Continuación	<input type="checkbox"/>	Total gastos presentados	\$ _____
Informe sobre padecimiento:		¿La causa del padecimiento está relacionada con el empleo?		SI	<input type="checkbox"/>
				No	<input type="checkbox"/>
Causa de los gastos:			Origen de los gastos:		
Enfermedad	<input type="checkbox"/>	Accidente	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>
				Consulta externa	<input type="checkbox"/>
				Hospitalización	<input type="checkbox"/>
¿Si el reembolso solicitado es por causa de una enfermedad, por favor indique, cuándo comenzó?			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
Si es por causa de un accidente			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuándo ocurrió?			Día	Mes	Año
¿Cómo ocurrió?			Lugar donde ocurrió? _____		
Nombre del primer médico que le atendió en este caso:					
Fecha de primera visita		Nombre de otros médicos que le han atendido por la misma dolencia, indicando la fecha: _____			
Certifico que las respuestas que anteceden son verídicas, y autorizo a todos los hospitales, médicos, laboratorios, otras instituciones y personas que me brindaron el servicio, que suministren a Aseguradora Agrícola Comercial, S. A., toda la información relacionada con el diagnóstico descrito en este formulario, incluyendo copia exacta de sus archivos.					
_____			_____ / ____ / ____		
Firma del asegurado			Día mes año		

SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO

¿Tiene usted conocimiento si el empleado o dependiente recibe beneficios de otro plan de gastos médicos?					
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Por favor indique el nombre de la Compañía _____	
¿Está usted de acuerdo con el pago de la presente solicitud? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Escribir comentarios					
Por este medio hacemos constar que el empleado y dependiente forman parte de nuestro registro de asegurados bajo la clase _____ según los datos de inscripción indicados por él mismo, en la sección primera. Así mismo confirmamos que se encontraba activamente trabajando en el momento en que comenzó la causa de este reclamo.					
_____			_____ / ____ / ____		
Nombre, firma y sello del responsable de la empresa asegurada			Día mes año		

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente _____		Edad del paciente _____												
Fecha del servicio prestado	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">Día</td><td style="font-size: 8px;">Mes</td><td style="font-size: 8px;">Año</td></tr> </table>				Día	Mes	Año	Diagnóstico principal _____						
Día	Mes	Año												
Otros diagnósticos _____ ¿Es congénita la causa del diagnóstico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>														
Se debe la condición del paciente debido a: Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/>														
Según su opinión, si es enfermedad, cuándo se iniciaron los primeros síntomas? _____														
Si es por embarazo (Favor completar)														
Indique fecha de la última menstruación	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">Día</td><td style="font-size: 8px;">Mes</td><td style="font-size: 8px;">Año</td></tr> </table>				Día	Mes	Año	Fecha probable del parto						
Día	Mes	Año												
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">Día</td><td style="font-size: 8px;">Mes</td><td style="font-size: 8px;">Año</td></tr> </table>				Día	Mes	Año	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">Día</td><td style="font-size: 8px;">Mes</td><td style="font-size: 8px;">Año</td></tr> </table>					Día	Mes	Año
Día	Mes	Año												
Día	Mes	Año												
Si es por accidente:														
¿En que fecha ocurrió?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">Día</td><td style="font-size: 8px;">Mes</td><td style="font-size: 8px;">Año</td></tr> </table>				Día	Mes	Año	Si ha indicado exámenes de laboratorio y gabinete menciónelos _____						
Día	Mes	Año												
Describa brevemente el tratamiento indicado _____														
Nombre de otros médicos que hayan atendido al paciente por la misma enfermedad _____														
Describa los servicios suministrados al paciente:														
Número de consultas en clínica _____	Desde	Hasta												
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">Día</td><td style="font-size: 8px;">Mes</td><td style="font-size: 8px;">Año</td></tr> </table>				Día	Mes	Año	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">Día</td><td style="font-size: 8px;">Mes</td><td style="font-size: 8px;">Año</td></tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año												
Día	Mes	Año												
Si hubo hospitalización:														
Fecha de ingreso	Fecha de alta	Días de hospitalización _____												
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">Día</td><td style="font-size: 8px;">Mes</td><td style="font-size: 8px;">Año</td></tr> </table>				Día	Mes	Año	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">Día</td><td style="font-size: 8px;">Mes</td><td style="font-size: 8px;">Año</td></tr> </table>				Día	Mes	Año	
Día	Mes	Año												
Día	Mes	Año												
Nombre del hospital _____														
¿Realizó visitas por emergencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si el paciente estuvo en U. C. I., indicar número de días _____														
Número de visitas hospitalarias _____ Número de visitas U. C. I. _____														
Si se le practicó cirugía, proporcione nombre de procedimientos, comenzando por el principal y luego los secundarios _____														
Indique el tiempo operatorio _____ Si requirió ayudantía, detalle el motivo _____														
Si solicitó médico para interconsulta explique el motivo _____														
¿Quedará el paciente con algún impedimento o secuela? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo explique el motivo _____														
Tiempo de incapacidad _____ ¿Cuándo estima que el paciente se considerará curado? _____														
Nombre del médico _____														
Dirección del médico _____														
Teléfono _____ Fax _____ No. JVPM _____ Firma médico y sello _____														