



FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

Código: GMH012010

Alameda Roosevelt No. 3104, San Salvador.
Call Center: 2261-8333 Fax: 2261-0581 Emergencia hospitalaria: 2261-8333

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

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre del Contratante: _____

Datos del Carné

No. Póliza: _____ No Carné: _____ Fecha efectiva: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Asegurado titular: _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: F M

Gastos incurridos por:

Mismo asegurado Cónyuge Hijo Hija Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Edad: _____

Solicitud de reembolso:

Nuevo Continuación

Total de gastos presentados: \$ _____

Informe sobre el padecimiento: ¿La causa del padecimiento está relacionada con el empleo? Si No

Causa de los gastos:

Enfermedad Accidente Embarazo

Origen de los gastos:

Consulta externa Hospitalización

Si el reembolso solicitado es por causa de una enfermedad, por favor indique, ¿cuándo comenzó? Día _____ Mes _____ Año _____

Si es por causa de accidente

¿Cuándo ocurrió? Día _____ Mes _____ Año _____ ¿Lugar dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió?

Nombre del primer médico que le atendió en este caso: _____

Fecha primera visita: Día _____ Mes _____ Año _____ 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

Números de teléfonos

Día _____ Mes _____ Año _____

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO

¿Tiene usted conocimiento si el empleado o dependiente recibe beneficios de otro plan de gastos médicos? Si No

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique el nombre de la Compañía: _____

¿Está usted de acuerdo con el pago de la presente solicitud? Si No

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 _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Fecha del servicio prestado: Día _____ Mes _____ Año _____ Motivo de consulta: _____

Diagnóstico principal: _____

Otros diagnósticos: _____

¿Es congénita la causa del diagnóstico? Si No La condición del paciente se debe a: Enfermedad Accidente Embarazo

Según su opinión, si es enfermedad, ¿cuándo se iniciaron los primeros síntomas? _____
(favor completar)

Si es por embarazo:

Indique la fecha de la última menstruación: Día _____ Mes _____ Año _____ Fecha probable del parto: Día _____ Mes _____ Año _____

Si es por accidente:

¿En qué fecha ocurrió? Día _____ Mes _____ Año _____ Si ha indicado exámenes de laboratorio y gabinete menciónelos: _____

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: Día _____ Mes _____ Año _____ Hasta: Día _____ Mes _____ Año _____

Si hubo hospitalización

Fecha de ingreso Día _____ Mes _____ Año _____ Fecha de alta: Día _____ Mes _____ Año _____ Días de hospitalización: _____

Nombre del hospital: _____

¿Realizó visitas por emergencia? Si No 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 No En caso afirmativo explique el motivo: _____

Tiempo de incapacidad: _____ ¿Cuándo estima que el paciente se considerará curado? _____

Para efectos de pago, debe anexar resultados de estudios, exámenes de laboratorio y/o gabinete, y reporte operatorio en caso de cirugías.

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Número de teléfono Fax No. JVPM Firma y sello del médico