



## Formulario de Reclamación de Seguro

### Información del paciente y asegurado Favor contestar todas las preguntas

1. Nombre del paciente (Nombre, 2do. nombre, apellido)	2. Fecha de nacimiento del paciente	3. Dirección del asegurado y No. de teléfono
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 Usted <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
8. Estaba esta condición relacionada con: A. Enfermedad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> B. Accidente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9. Fecha en que los síntomas aparecieron o fecha del accidente	
	10. Detalles del accidente o enfermedad	
11. Firma del paciente o de la persona autorizada, autorizo suministrar cualquier información. Los beneficios necesarios para procesar este reclamo. Autorizo el pago de los beneficios médicos al médico proveedor descritos abajo		

Fecha

Firmado (Asegurado o persona autorizada)

### Información del médico o proveedor

12. Fecha de enfermedad (Primer síntoma) o 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? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15. Nombre del médico que lo refiere	16. Para servicios relacionados con la hospitalización, de las fechas de la hospitalización Admitido <input type="checkbox"/> Dado de alta <input type="checkbox"/>	
17. Nombre y dirección del lugar donde se prestaron los servicios	18. Las pruebas de laboratorio se hicieron fuera de su consultorio? (Otro que no sea la casa o consultorio) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/>	
20. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión, relación el diagnóstico del procedimiento en la columna D con referencia a los números 1, 2, 3, etc. ó código DX		

21. A Fecha del servicio	B* Lugar del Servicio	C Descripción completa de los procedimientos, servicios o asistencia médica suministrados en cada fecha indicada		D Código de Diagnóstico	E Honorarios
		Código del procedimiento (Indiquelos)	(Explique los servicios o circunstancias no usuales)		
22. Firma del médico o proveedor y sello				23. Total de los honorarios	
				24. Cantidad pagada	25. Saldo
26. Teléfono y dirección del médico o proveedor			27. No. de identificación o código de registro		28. Observaciones
29. No. de la cuenta de su paciente					

\* Ponga los códigos del servicios

- 1- (IH) - Paciente hospitalizado
- 2- (CH) - Paciente no hospitalizado
- 3- (O) - Consultorio médico

- 4- (H) Casa del paciente
- 5- Facilidad cuidado diurno
- 6- Facilidad cuidado nocturno

- 7- (NH) - Casa de convalecientes
- 8- (SNF) Facilidad enfermedades
- 9- Ambulancia

- 10- (OL) - Otro lugar
- 11- (LI) Laboratorio independiente
- B- Otra facilidad médica / Quirúrgica