Seguros WorldWide

Favor contestar todas las preguntas.
Adjunte original de las cuentas cuando complete este formulario.

Formulario de Reclamación de Seguro

INFORMACION DEL PACIENTE Y ASEGURADO

1. Nombre del paciente (Nombre, 2do. nombre, apellido)

2. Fecha de Nacimiento del Paciente

Día	Mes	Año

3. Dirección del asegurado y No. de teléfono

4. Dirección del paciente y No. de teléfono

5. Sexo del Paciente

Masculino ☐ ☐ Femenino

6. Relación del Paciente con el asegurado

Usted	Cónyuge	Hijo	Otro

7. No. de Póliza del asegurado

8. Esta condición estaba relacionada con:

A. Enfermedad ☐ Si ☐ No

B. Accidente ☐ Si ☐ No

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 necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de los beneficios médicos, al médico proveedor descritos abajo.

Firma (Asegurado o persona autorizada) _____ Fecha _____

INFORMACION DEL MÉDICO O PROVEEDOR

12. Fecha de enfermedad (Primer Síntoma), lesión (Accidente) o embarazo (Fum)

13. Fecha en que por primera vez usted fue consultado por esta condición

D M A

14. ¿Ha tenido el paciente previamente el mismo síntoma o síntomas similares?

Si ☐ ☐ No

15. Nombre del médico que lo refiere

16. Para servicios relacionados con la hospitalización, dar las fechas de la hospitalización

Admitido D M A Dado de alta D M A

17. Nombre y dirección del lugar donde se prestaron los servicios

18. ¿Las pruebas de laboratorio se hacen fuera de su consultorio?

Si ☐ ☐ No Honorarios

20. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión. Relacione el diagnóstico del procedimiento en la columna C con referencia a los números 7, 8, 9, etc. ó código DX.

21. A.	B.		C.	D. Descripción completa de los procedimientos, servicios o asistencia médica suministrados, en cada fecha indicada.		E.
Fecha del servicio	*Lugar del servicio	**Código del servicio	Código del diagnóstico	Código del procedimiento	Explique los servicios o circunstancias no usuales	Honorarios

Observaciones

22. Total de los honorarios

23. Cantidad pagada

24. Saldo

25. Teléfono y dirección del médico o proveedor

26. No. de identificación o código de registro

27. Firma del médico proveedor o sello

***Códigos del lugar del servicio**

1- (F) Farmacia
2- (H) Hospital
3- (CP) Casa del Paciente
4- (CC) Casa de Convaleciente
5- (LI) Laboratorio Independiente
6- (OL) Otro lugar

**** Códigos del servicio**

7- (HO) Hospitalización
8- (A) Ambulatorio
9- (AM) Ambulancia Médica / Quirúrgica
10- (CD) Cuidado Diurno
11- (CN) Cuidado Nocturno
12- (OF) Otra Facilidad Médica / Quirúrgica
13- (OFS) Otras Facilidades