

¿CONTINUIDAD DE RECLAMO? SI NO

Número de Trámite: _____ Número de reclamo: _____

CHECK LIST – Reclamos de gastos médicos por Seguro Hospitalario

Requisitos

- Formulario Original de Reclamo Gastos Médicos debidamente llenado por el Asegurado titular en cara anterior y cara posterior por el Médico Tratante con sello y firma.
- Receta médica por cada prestación en la que se detalle: Nombre y Apellido de “El Asegurado”, Edad, Documento de Identidad Nacional, Diagnóstico y/o motivo de consulta; honorarios pagados por dicha prestación, fecha, nombres y apellidos del Médico Tratante, Código Minsa; y firma del médico y/o proveedor.
- Recibo de honorarios médicos, en caso de intervención quirúrgica desglosar los honorarios del equipo profesional interviniente.
- Resumen de la Historia Clínica o epicrisis medica firmada y sellada por médico tratante.
- Factura original de laboratorio, factura original de la farmacia debidamente detallada, que cumpla con lo establecido en la ley para el control de la facturación o ley de pie de imprenta fiscal decreto No. 1357.
- En caso de exámenes especiales debe presentar factura o recibo original de pago con membrete de la Institución
- Copia de resultados de exámenes de diagnóstico y de imagenología.
- En caso de hospitalización, factura hospitalaria con membrete de la institución que detalle: Hotelaría, Derecho operatorio, Prácticas y/o estudios realizados, medicamentos y materiales utilizados.

¿DOCUMENTOS COMPLETOS? SI NO

Información de Asegurado Titular

Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono: ____

Número de Cuenta: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Entregado por, Cliente Intermediario

Firma:

AUTORIZACIÓN DE PAGOS VÍA TRANSFERENCIA

Autorizo a Seguros América a realizar desembolsos por reclamos vía transferencia electrónica de fondos a la cuenta bancaria abajo descrita, en lugar de emitir cheque.

Banco: Bac Credomatic Avanz Banpro Ficohsa BDF LAFISE Bancentro

Número de Cuenta: _____ Moneda: dólares córdobas

Firma del asegurado: _____

Cedula del asegurado: _____

Observaciones:

Nota: Se requiere de los requisitos generales antes mencionados para dar inicio al análisis del reclamo. El ajustador médico solicitará información adicional en caso de existir inconsistencias o contradicciones en la información proporcionada. *El tiempo máximo de reembolso de su reclamo corresponde a 15 días hábiles.* El Check list original deberá entregarse como soporte para expediente de reclamo, la copia debe ser entregada al asegurado y/o corredor para su debido control y resguardo.