

## FORMULARIO DE RECLAMACION MEDICA

NOMBRE DEL ASEGURADO:		NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DE LA COMPAÑIA:		TELEFONO:	DIRECCION DEL PACIENTE:		DIA MES AÑO
NUMERO DE CEDULA:		LUGAR DE TRABAJO DEL CONYUGE		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE POLIZA:		TELEFONO TRABAJO DEL CONYUGE		ASEG. <input type="checkbox"/> CONY. <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE EFECTIVIDAD:		FECHA DE EXPIRACION:		¿ESTA SU CONYUGE ASEGURADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ESTA SU ENFERMEDAD RELACIONADA CON ACCIDENTE DE EMPLEO <input type="checkbox"/> AUTOMOVIL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		COMPANIA ASEGURADORA		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE	
FECHA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD		SI FUE ACCIDENTE, DETALLE COMO CUANDO Y DONDE OCURRIO		SOLTERO SOLTERO	

## AUTORIZACION DEL PACIENTE O EMPLEADO

AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR DE SERVICIOS Por la presente autorizo el pago de beneficios prestados y descritos Más adelante, directamente al médico y/o proveedor abajo firmante		FIRMA (Paciente, Padre o Madre, Si s menor de edad) OBLIGATORIO	
		Fecha	
Por la presente autorizo a SAGICOR COMPAÑIA DE SEGUROS Cualquier representante de esta, a obtener informacion completa de mi expediente Clínico que es necesario para la evolución o auditoría de esta factura.		FIRMA (Paciente, Padre o Madre, Si s menor de edad) OBLIGATORIO	
		Fecha	

## A SER COMPLETADO POR EL MEDICO, HOSPITAL, ETC.

DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS (Incluir Código CPT)			EMBARAZO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			FECHA DE APROXIMADA DE INICIO DE EMBARAZO	
			DD MM AA	
INFORME DE SERVICIOS		Descripción de Servicios Rendidos (Ver Addendum o Libro de Valores)		Número de Código - CPT (Terminología Procedimiento Corriente)
Fecha de Servicio Día Mes Año		*Lugar de Servicio Código		Cargos

*LUGAR DE SERVICIO:			TOTAL DE CARGO B/. _____	
O - OFICINA DEL MEDICO	OH - PACIENTE AMBULATORIO	E- EMERGENCIA	COPAGO O DEDUCIBLE B/. _____	
IH - PACIENTE HOSPITALARIO	H- VISITA AL HOGAR	OL - OTRO LUGAR	BALANCE B/. _____	

NOMBRE- DOCTOR (LETRA DE MOLDE)	FECHA:	REGISTRO MEDICO:
---------------------------------	--------	------------------

FIRMA Y SELLO DEL DOCTOR:	CEDULA O R.U.C.:
---------------------------	------------------

DIRECCION	TELEFONO:	ESPECIALIDA:
-----------	-----------	--------------

### FORMA DE RECLAMACION MEDICA

## SECCION A LLENAR POR EL MEDICO (Rayos X, Laboratorios y Medicamentos) No. 50690

NOMBRE DEL ASEGURADO:		No. POLIZA:	NOMBRE DE LA COMPAÑIA	
NOMBRE DEL PACIENTE:		¿FUE CAUSADO POR ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		LUGAR DE SERVICIO <input type="checkbox"/> O - OFICINA DEL MEDICO <input type="checkbox"/> IH - PACIENTE HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> OH - PACIENTE AMBULATORIO <input type="checkbox"/> E- EMERGENCIA <input type="checkbox"/> H- VISITA AL HOGAR
DIAGNOSTICO		FECHA DEL PACIENTE		
ESTA SU ENFERMEDAD RELACIONADA CON ACCIDENTE DE EMPLEO <input type="checkbox"/> AUTOMOVIL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		¿DONDE OCURRIO? _____ ¿ COMO OCURRIO? _____		
FECHA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD		EMBARAZO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA APROXIMADA DEL INICIO DEL EMBARAZO		
FIRMA Y SELLO DEL DOCTOR		No. DE CEDULA	No. DE R.U.C.	
				DD MM AA