

COMO PRESENTAR UN RECLAMO POR GASTOS MEDICOS:

1. Solicitar que el médico complete la "SECCION C" para cada enfermedad o accidente que éste atienda de cada miembro de la familia asegurada.
2. Completar cada pregunta de la "SECCION A" detalladamente, y firmar en el lugar indicado.
3. Entregar éste a la persona encargada de la póliza en su grupo para que lo autorice y sea enviado a la Compañía de Seguros para el ajuste correspondiente.

NOTAS DE IMPORTANCIA:

- a) Debe adjuntar con el reclamo el ORIGINAL de todas las facturas y recibos médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con su receta) que corresponde al caso.
- b) En reclamos por más de L. 2,000.00 que no sean de URGENCIA, para los cuales se recomienda una Operación Quirúrgica o Internamiento, se debe obtener antes de proceder, una segunda opinión médica por escrito para ser adjuntada al reclamo.
- c) Si el reclamo es por un Dependiente, y éste dispone de otro seguro el cual cubra los gastos incurridos, "AHSA" reconocerá hasta el 100% de la cantidad que no haya cubierto dicho seguro.
Se deberá entregar la "Hoja de Trámite" que completa la Cía. que inicialmente cubre el reclamo, adjuntando las copias de recibos correspondientes.

SECCION A : DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

1. Nombre del Asegurado _____
3. Teléfono: _____
2. Nombre del Paciente por el cual se hace el reclamo : Edad : Años _____ meses _____ SEXO M F ¿ Qué otro seguro posee que pueda cubrir parte de los gastos por los cuales se hacen los reclamos ? _____
 Enfermedad _____ Accidente _____
3. El reclamo se hace a causa de _____
 En caso de enfermedad, favor describa ésta :
 ¿ Cuándo se presentaron los primeros síntomas ? _____
 En caso de Accidente :
 ¿ Cuándo ocurrió ? _____
 ¿ Donde ocurrió ? _____
 ¿ Como ocurrió ? _____
4. ¿ Ha recibido el paciente anteriormente algún tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta. Sí No En caso afirmativo, favor indicar detalle, incluyendo fechas, médicos y clínicas : _____

Por este medio certifico que la respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (Adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a la ASEGURADORA HONDUREÑA, S.A.

Lugar y Fecha _____

Firma del Empleado Asegurado _____

SECCION B: Para ser completada por la persona autorizada en el Grupo Asegurado.

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. Nombre del Grupo Asegurado : | Nº de Póliza |
| 2. Nombre del Empleado Asegurado : | Nº de Certificado |
| 3. Fecha en que entró en vigencia la cobertura de la persona por la cual se hace el reclamo, (es decir el paciente) : | |
| 4. Posición del empleado asegurado en el grupo : | |
| 5. ¿ Considera Ud. que este reclamo es razonable, necesario y correcto ? | TOTAL DE RECIBOS ADJUNTOS Lps. |

OBSERVACIONES :

Lugar y Fecha _____

Firma Autorizando el Reclamo _____

Cargo _____