

DEPARTAMENTO DE ATENCION AL AGREMIADO

SERVICIO PRESTADO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHOS	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SEGURO MEDICO CON LA ASEGURADORA MAPFRE (Según Poliza #1814 para Alcaldes)	GESTION DE TRAMITES DEL SEGURO MEDICO	SISTEMA DE REEMBOLSO: 80% DE LOS GASTOS INCURRIDOS DENTRO Y FUERA DE UN HOSPITAL (Gastos medicos, plan oftalmologico y dental)	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN (Gastos medicos)	FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS RECIBO PAGO DE CONSULTA RECETAS PARA MEDICAMENTOS ÓRDENES PARA EXÁMENES DE LABORATORIO FACTURAS DE FARMACIAS / LABORATORIOS CON EL SELLO DEL ESTABLECIMIENTO	FORMULARIOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS
		COBERTURA: A NIVEL CENTROAMERICANO (Especialidades que no se encuentran en Honduras)			
		RIESGOS CUBIERTOS	MUERTE: 1. NATURAL 2. ACCIDENTAL 3. CALIFICADA	IDENTIDAD DEL FALLECIDO ACTA ORIGINAL DE DEFUNCION FORMULARIOS DICTAMEN DEL FORENSE IDENTIFICACION DE LOS BENEFICIARIOS	



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MEDICOS

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Solicitar que el médico tratante complete la "SECCION C" para cada enfermedad o accidente que este atienda por cada miembro de la familia asegurada.
2. El Asegurado Titular deberá completar cada pregunta de la "SECCION A" detalladamente y firmar en el lugar indicado.
3. Todas las preguntas planteadas en este formulario deben ser estrictamente respondidas por el asegurado titular y por el Médico Tratante.
4. Debe adjuntar con el formulario de reclamaciones el ORIGINAL de todas las facturas, recibos médicos y órdenes médicas: de clínicas, laboratorios y farmacias que correspondan al caso.
5. Entregar éste a la persona encargada de la póliza en su empresa para que lo autorice y sea enviado a la Compañía de Seguros para el análisis correspondiente. (Aplica únicamente para pólizas colectivas)
6. En los casos que no sean de emergencias y para los cuales se recomienda una operación quirúrgica o internamiento, se debe obtener antes una pre-autorización por parte de la compañía y en los casos en que nuestro cuerpo médico estime conveniente el paciente será sometido a una segunda evaluación médica.
7. Si el asegurado titular o sus dependientes tiene vigente otro seguro médico el que cubre los gastos incurridos, MAPFRE reconocerá el coaseguro sobre gastos elegibles bajo el concepto de coordinación de beneficios; el asegurado debe presentar copia de la liquidación de la otra compañía de seguros.

SECCION A. DATOS GENERALES DEL SEGURO

- | | | |
|--|------------|-----------------|
| 1. Nombre del Asegurado: | | No. de Póliza: |
| Identidad No.: | Teléfonos: | E-mail: |
| 2. Nombre del paciente por el cual se hace el reclamo: | | |
| Edad: <input type="text"/> años <input type="text"/> meses sexo: ☐ M ☐ F ¿Qué otro seguro posee que pueda cubrir parte de los gastos por los cuales se hacen los reclamos? | | |
| 3. En caso de ser menor de edad, favor indicar nombre del padre o la madre del menor: | | |
| 4. El Reclamo se hace a causa de: ☐ Enfermedad ☐ Accidente. Favor describa: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| ¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas? | | |
| En caso de accidente: | | |
| ¿Cuándo ocurrió? | | ¿Dónde ocurrió? |
| ¿Cómo ocurrió? | | |
| Hora del accidente: | A.M. | P.M. |
| 5. ¿Ha recibido el paciente anteriormente algún tratamiento por esta enfermedad o accidente? | | |
| SI ☐ NO ☐ en caso de ser afirmativo, favor indicar detalle, incluyendo fechas, médicos y clínicas | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Por este medio certifico que las 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 los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a MAPFRE

Fecha:

Firma Asegurado:

SECCION B. Para ser completada por la persona autorizada en la empresa contratante, aplica únicamente para pólizas colectivas

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 de empleado asegurado en el grupo:	
5.- Considera Ud. Que este reclamo es razonable necesario y correcto:	
TOTAL DE RECIBOS ADJUNTO Lps.	
Observaciones	
Lugar y Fecha	Firmas Autorizando el Reclamo
Cargo	

SECCION C. Para ser completada por el Médico

1.- Nombre del Paciente:			
Edad:	Años ☐	Meses ☐	Sexo: M ☐ F ☐
2.- Diagnóstico (S):			
Si es paciente femenino ¿Se debe este a embarazo? Si ☐ No ☐			
Si es afirmativo, indicar fecha de última menstruación			
3.- Lugar y Fecha de Atención al Paciente:			
4.- Antecedentes Quirúrgicos:			
5.- Según su conocimiento:			
¿Cuándo comenzó la causa básica de esta condición?			
Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición o alguna condición relacionada a esta (En caso afirmativo, favor detallar):			
6.-Favor indicar qué Exámenes de Laboratorio o Rayos X se Indican:			
7.- Detalle de Honorarios por:	Consulta ☐	Lps.	Total
	Tratamiento ☐		
	Cirugía ☐		
8.-Tratamiento Médico a realizar:			
9.- Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____			
Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____			

FAVOR CONTINUAR CON ESTAS PREGUNTAS SOLAMENTE EN CASO DE HOSPITALIZACION

10.- Favor indicar CUADRO CLINICO Y HALLAZGOS FISICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado:	
11.-Favor detallar tratamiento u operación Quirúrgica:	
Se presentó alguna complicación Si ☐ No ☐	
¿En caso afirmativo, favor describa ésta?	
12.-Período de Hospitalización:	
Fecha de ingreso:	
Fecha de alta:	
13. Nombre del Hospital:	
Dirección:	

FIRMA Y SELLO _____ FECHA _____
NOMBRE DEL MEDICO _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE SALUD

Sección A - Datos Generales para ser completado por el Empleado

☐ Solamente Seguro de Vida		☐ Seguro de Vida y Gastos Médicos	
☐ Inclusión solo para Asegurado Principal		☐ Inclusión para Asegurado Principal y Dependientes	
☐ Inclusión solo para Dependientes			
Nombre del Contratante		No. de Póliza	Opción Seleccionada por el Asegurado
Fecha de ingreso a laborar en la empresa contratante			
Nombre Completo del Asegurado Principal		No. Identidad	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
		Tipo de identificación	Edad
Fecha de Nacimiento (Día - Mes - Año)		Lugar de Nacimiento Ciudad:	
		Municipio:	País:
Profesión, ocupación u oficio		Estado Civil	Ingreso Mensual
		Nombre del Cónyuge	
Peso: lbs	Estatura:	Médico de Cabecera (El que usualmente consulta)	
Kilos:	Mts.	Hospital o Clínica que lo atiende	
Dirección completa de residencia		Teléfono: Residencia: Oficina: Celular:	
		E-mail: Fax:	
Empresa donde trabaja	Área	Cargo	Tiempo de Laborar
Dirección Laboral: Municipio	Departamento	País	Correo Electrónico
		Teléfono	Fax

Sección B - Dependientes que desea incluir en el Seguro Médico

Nombre Completo	Sexo	Parentesco	Ocupación	Peso	Estatura	Fecha de Nacimiento	Edad	N° de Identidad

Sección C - Cuestionario de Salud del Asegurado Principal y sus Dependientes

¿Ha tenido alguna vez usted o algún dependiente nombrado alguna (s) condición (es), signo (s) o síntoma (s) manifestado (s) y/o evidente(s) que aun no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado de que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones:

(Marque con una X en la casilla correspondiente)

Preguntas	Sí	No	Nombre de la Persona para quien es afirmativa la respuesta
1. Padecimientos Cerebro vasculares incluyendo Ictus, Tumores Cerebrales, migraña, dolores de cabeza, embolia, traumas y otros.			
2. Padecimientos del Cerebro o Sistema Nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia, bulimia, anorexia, ideas suicidas y otros.			
3. Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, hipotensión arterial, angina de pecho, infartos, electrocardiogramas alterados, colesterol o triglicéridos altos, insuficiencia venosa, tromboflebitis, flebitis, alteraciones vasculares, soplos y otros.			
4. Padecimientos de la vista o de los oídos.			
5. Padecimientos del sistema respiratorio incluyendo asma, EPOC, enfisema, bronquitis crónica, hiperactividad bronquial y otros.			
6. Sistema digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo gastroesofágico y otros.			
7. Padecimientos del Sistema Urinario, litiasis, tumores de vejiga, pielonefritis, hidronefrosis, exámenes de orina con proteinuria y/o hematuria con glucosa en orina.			
8. Padecimientos de los órganos reproductores masculinos o femeninos incluyendo endometriosis, miomatosis, citología con alteración y otros.			
9. Padecimientos sanguíneos, anemia, leucemia, sangrados y trastornos de la coagulación.			
10. Trastornos endocrinos como diabetes y/o hiperglicemia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing y otros.			
11. Trastornos de la piel y Colágenos como Lupus, Dermatitis Psoriasis, fiebre reumática.			
12. Padecimientos del Sistema Músculo Esquelético incluyendo artritis, osteoartritis, y otros			

NOTA: LA VALIDEZ DE ESTA DECLARACIÓN ES DE 60 DIAS

Preguntas	SI	No	Nombre de la Persona para quien es afirmativa la respuesta
13. Cualquier tipo de quistes, nódulos, tumores o cáncer.			
14. Problemas alcohólicos o problemas de drogas.			
15. Problemas de la columna vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago, tumores y otros.			
16. Le han realizado a usted o sus dependientes algún examen especial de laboratorio, ultrasonido, mamografía, laparoscopia u otro?			
17. Ha estado usted o sus dependientes recluido en un hospital o institución similar?			
18. Esta usted o alguno de sus dependientes nombrados embarazada actualmente?			
19. Ha recibido usted o alguno de sus dependientes nombrados transfusiones de sangre?			
20. Practica usted o alguno de sus dependientes algún tipo de deporte profesional o amateur?			
21. Usted o alguno de sus dependientes ha sido sometido a cirugías, radioterapia, quimioterapia?			
22. Ha padecido usted o alguno de sus dependientes de Glándula Mamaria, galactorrea, mastitis, quiste, tumores, gigantomastia y otros?			
23. Se le ha aconsejado a usted o alguno de sus dependientes una operación quirúrgica o tratamiento pero usted decidió no hacerla?			
24. Ha habido para usted o sus dependientes alguna condición médica, signo, síntoma o accidente que no se haya mencionado en este cuestionario?			

Si ha respondido SI a cualquiera de las preguntas anteriores o ha padecido de algún trastorno de la salud no mencionado en esta solicitud, favor especificar nombre del paciente, diagnóstico, cirugía o tratamiento y/o medicamentos recomendados, fecha, nombre del médico y hospital en donde se atendió:

#?	Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u Hospital

Alguna vez alguna compañía de Seguros le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes o de salud a usted o alguno de sus dependientes?

SI ____ NO ____

Ha solicitado o recibido beneficios de hospitalización, incapacidad o algún otro tipo de beneficio médico de alguna compañía de seguros?

SI ____ NO ____

¿Tiene o ha tenido usted o alguno de los dependientes nombrados alguno de los siguientes seguros?					
Tipo de Seguro	SI	NO	Nombre del Asegurado	Aseguradora	Número de Póliza
• Salud					
• Vida					
• Accidentes Personales					

Sección D - Designación de Beneficiarios (Aplica solo para el Beneficio de Vida) Suma Asegurada Lps.

Nombre completo del Beneficiario Principal	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje %

Nombre completo del Beneficiario de Contingencia	No. de Indentidad	Parentesco	Porcentaje %

Queda entendido y convenido que el presente seguro no será efectivo hasta que sea aprobado y emitido por MAPFRE HONDURAS, así mismo el seguro no será efectivo si no me encuentro trabajando activamente en la fecha efectiva del convenio de afiliación de mi empleador. Si el plan de seguro es sobre la base de contribución, autorizo a mi empleador a deducir de mi salario la prima correspondiente.

Autorización:

Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, Clínica, IHSS, Ministerio de salud y cualquier otra institución gubernamental o cualquier otro proveedor de servicios médicos, o asegurador o empleador y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización, a dar a MAPFRE HONDURAS o a sus representantes autorizados esta información, la cual puede incluir información sobre tratamiento, psiquiátrico, tratamiento contra el uso de drogas narcóticas o de alcohol. También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mí o mis dependientes a dar información a MAPFRE HONDURAS o a sus representantes autorizados. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original.

Autorizo al corredor de la póliza (si lo hubiere) que reciba y acepte en mi nombre cualquier información, solicitud de información o notificación por parte de MAPFRE HONDURAS al igual que la póliza efectiva. Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor de MAPFRE HONDURAS con relación a esta póliza se entenderá que la hace en mi nombre y representación para todos los efectos legales.

Certificación:

certifico que las respuestas y declaraciones en toda esta solicitud son verdaderas, están completas y no existe ninguna omisión de información, error, inexactitud o reticencia de mi parte y de ser así, y de emitirse la póliza o certificado, acepto las penalidades que se establezcan de esta materia, en la póliza, como, lo es la negación del reclamo y la cancelación de la póliza o certificado emitida sin prejuicios para MAPFRE HONDURAS.

Firma del Asegurado Principal	Fecha
Firma y Sello del Encargado de Seguros de la Empresa Contratante	Firma del corredor o Agente

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION, AUTORIZACION E HISTORIA CLINICA

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

Nombre del Asegurado Titular: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Nombre del Paciente: _____ Parentesco: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Nombre del Contratante: _____ No. de Teléfono: _____
 Póliza No. _____ Cert. _____ E-mail: _____
 Autorizo a los médicos, hospitales y cualquier institución de servicios de salud para que suministre a los representantes de MAPFRE toda información médica de mi persona o de mis dependientes elegibles, sobre cirugías y tratamientos a efectuarse incluyendo revisión y copia de expediente clínico. Esta información será utilizada para determinar si la cirugía, o tratamiento y los costos relacionados tendrán cobertura.
 Firma del Paciente: _____ Firma del Asegurado: _____
 Firma del asegurado si el paciente es menor de edad _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Diagnóstico (s): Si la (s) enfermedad (es) es (son) a consecuencia de un accidente indicar COMO, CUANDO Y DONDE:
 Descripción de la lesión _____

Hora del accidente: _____ A.M. _____ P.M. _____
 Historia Clínica del Paciente: (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual).
 Indicar Antecedentes Quirúrgicos.

FECHA(S)	DIAGNÓSTICO (S)	PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Procedimiento (s), Tratamiento (s) o exámenes especiales a realizar: (Adjuntar resultados de exámenes que respalden su diagnóstico).

Indique el tipo de atención: Hospitalización _____ Cirugía _____ Emergencia _____ Exámenes Especiales _____

En caso de cirugía indique tipo de anestesia planeada: _____

Fecha de los primeros síntomas: _____

Nombre del médico que le refirió al Paciente: _____

Hospital Seleccionado: _____

Fecha de ingreso al Hospital o de realización del procedimiento o tratamiento médico _____

Días de hospitalización requeridos: _____

En caso de Embarazo: _____

Embarazo No. _____

Fecha de la última menstruación: _____

Fecha de la primera visita médica: _____

Fecha probable de parto: _____

DETALLE DE HONORARIOS COBRADOS POR LOS MEDICOS	CODIGO SEGUN TABLA DE HONORARIOS MEDICOS
Cirujano Principal:	
Médico Asistente:	
Anestesiólogo:	
Otros:	
Detalle el uso, compra o alquiler de Materiales y Equipo Especial. Costo: _____	
Nota: No se reconocerán los materiales y equipo especial no reportado.	
Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____	
Firma y Sello del Médico Tratante: _____ Fecha: _____	

PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre del Hospital: _____
Nombre del Paciente: _____
Nombre del Titular: _____ No. de Póliza: _____ No. de Cert: _____
Diagnóstico: _____
Procedimiento Autorizado: _____
Autorizado: SI ☐ NO ☐
Valor a pagar por Aseguradora _____ %
Valor a pagar por el Asegurado _____ % más el 100% de los gastos no elegibles y excesos
Cuarto y Alimentación por día: _____, Tiempo de Hospitalización Autorizado: _____, Deducible: _____
Límite Máximo Por Maternidad:
Parto Normal: Lps. _____
Cesárea Lps. _____
Aborto: Lps. _____

HONORARIOS RECONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA	CODIGO SEGUN TABLA DE HONORARIOS MEDICOS
Cirujano Principal:	
Médico Asistente:	
Anestesiólogo:	
Otros	
Equipo:	
Observaciones: _____	

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____ N° Autorización: _____
Obs. Esta aprobación esta basada en los diagnósticos, historia clínica y procedimientos antes descritos y su validez es de 30 días.
Nota: Este formulario debe ser presentado a la compañía de seguros con cinco (5) días de anticipación a la realización del procedimiento quirúrgico o tratamiento médico. En caso de maternidad solicitar la autorización con quince (15) días de anticipación a la fecha probable de parto.
Cualquier procedimiento adicional o complicaciones deberán ser notificadas inmediatamente para su debida evaluación.
Gastos no cubiertos como son: Acompañante, aire acondicionado, teléfono, servicio de apoyo y todos gastos que no tenga relación directa con la recuperación del paciente, etc.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DENTALES

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Solicitar que el médico tratante complete la "SECCION C" para cada enfermedad o accidente que este atienda por cada miembro de la familia asegurada.
2. El Asegurado Titular deberá completar cada pregunta de la "SECCION A" detalladamente y firmar en el lugar indicado.
3. Todas las preguntas planteadas en este formulario deben ser estrictamente respondidas por el asegurado titular y por el Médico Tratante.
4. Debe adjuntar con el formulario de reclamaciones el ORIGINAL de todas las facturas, recibos médicos y órdenes médicas: de clínicas, laboratorios y farmacias que correspondan al caso.
5. Entregar éste a la persona encargada de la póliza en su empresa para que lo autorice y sea enviado a la Compañía de Seguros para el análisis correspondiente.

SECCION A. DATOS GENERALES DEL SEGURO

1. Nombre del Asegurado:		No. de Póliza:
Identidad No.:	Teléfonos:	E-mail:
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?		
3. En caso de ser menor de edad, favor indicar nombre del padre o la madre del menor:		
4. El Reclamo se hace a causa de: ☐ Enfermedad ☐ Accidente. Favor describa:		
¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?		
En caso de accidente:		
¿Cuándo ocurrió?		¿Dónde ocurrió?
¿Cómo ocurrió?		
Hora del accidente:	A.M.	P.M.
5. ¿Ha recibido el paciente anteriormente algún tratamiento por esta enfermedad o accidente?		
SI ☐ NO ☐ en caso de ser afirmativo, favor indicar detalle, incluyendo fechas, médicos y clínicas		

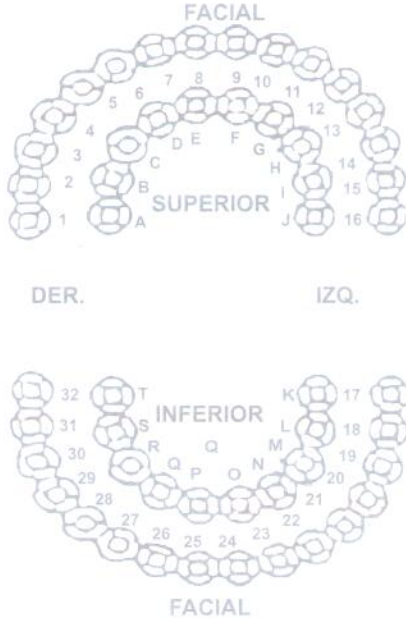
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando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

Fecha

Firma Asegurado

SECCION C

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE



Lugar del Tratamiento

día	mes	año
-----	-----	-----

Consultorio ○ Hospital ○

¿Las radiografías han sido incluidas? Si ☐ No ☐ ¿Cuántas?

Si ☐ No ☐

Explique

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

[illegible]

Firma y sello del cirujano dentista

Lugar y fecha

Firma y sello del Médico filtro de la compañía