

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	FORMATOS 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	


Lic. Johana Mejía
 Jefe de Atención al Agremiado
 AMHON



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: 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 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 _____

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.

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:	Depto. 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	Teléfono Fax Correo Electrónico

Sección B - Dependientes que desea incluir en el Seguro Médico

Nombre Completo	Sexo	Parentesco	Ocupación	Peso	Estatura	Fecha de Nacimiento	Edad	Nº 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	Si	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, píelo nefritis, 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 Colagenos 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 Identidad	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 mi 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 medica, sobre mi 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 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

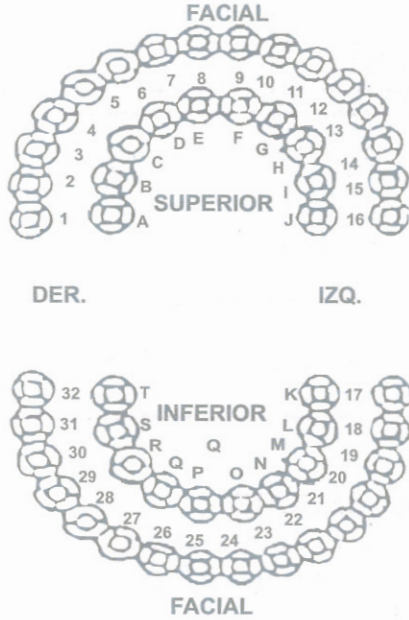
Fecha

Firma Asegurado

SECCION C

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

1. Marque piezas tratadas
2. Marque con X piezas no existentes



Nombre del Paciente:

Nombre del Cirujano Dentista:

Dirección:

Fecha de la primera consulta

Lugar del Tratamiento

día	mes	año
-----	-----	-----

Consultorio ○ Hospital ○

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

¿Es el tratamiento resultado de una enfermedad?

Explique

Si ☐ No ☐

¿Es el tratamiento resultado de un accidente?

Explique

Si ☐ No ☐

¿Son los servicios cubiertos por otro plan?

Explique

Si ☐ No ☐

¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?

Razón de reemplazo:

Si ☐ No ☐

Fecha de reemplazo anterior:

Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o examen realizado:

Costo estimado del tratamiento: Lps.

Costo de los servicios ya suministrados: Lps

[illegible]

Observaciones:

Firma y sello del cirujano dentista

Lugar y fecha

Firma y sello del Médico filtro de la compañía