

## REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, favor conteste detalladamente cada pregunta

### NUMERAL 1: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Sr. Sra. Srita. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos

Dirección Particular \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

Describe la lesión \_\_\_\_\_

El Accidente:

Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_ am  
Dia Mes Año pm

Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

Como ocurrió? \_\_\_\_\_

1. Completar el Numeral 1
2. Solicitar a su médico de cabecera el Numeral 2
3. Presentar este formulario a la Compañía de Seguros con las facturas de los médicos y clínicas.

Nombre y dirección del PRIMER médico consultado: \_\_\_\_\_

Dé la fecha de la PRIMERA visita: \_\_\_\_\_  
Dia Mes Año

Nombre y dirección de su médico y todos los otros médicos que lo asisten por esta lesión: \_\_\_\_\_

Estuvo Hospitalizado por ésta lesión: **SI** **NO** En caso afirmativo, indique:

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

Totalmente incapacitado REEMBOLSO GASTOS MEDICOS \_\_\_\_\_

Parcialmente Incapacitado Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender.

Autorizo a todos los médicos y a otras personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámen de laboratorio y/o rayos X pertenecientes a éste reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva

DEPTO. DE RECLAMOS

Firma Autorizada

Fecha de Recibo de cheque

Firma de quien recibe el cheque

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clinica de todos y cada uno de los profesionales que invirtieron en el caso.  
(cirujanos, Anestesiista, Ayudante, Radiologo, Laboratoristas, etc.)

**NUMERAL 2: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO**

INFORME MEDICO

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

De su diagnóstico completo \_\_\_\_\_

Si se practico cirugia, describa la operación \_\_\_\_\_

¿Dónde se efectuó la operación? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Honorarios por cirujia únicamente (excluyanse los honorarios por visitas medicas anestesia, etc.) L. \_\_\_\_\_

De todas las fechas en que se atendió al paciente en el hospital \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_ Visitas \_\_\_\_\_

¿Ordenó usted la hospitalización? \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Admitido el \_\_\_\_\_ del 200\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ a.m salida \_\_\_\_\_ del 200\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ a.m  
          día    mes            año            p.m            día    mes            año            p.m

Según su opinión ¿Cuándo se origino la causa de esta lesión? \_\_\_\_\_

¿Se encuentra el paciente todavia bajo su cuidado por esta lesión? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo estuvo o estara el paciente continúa o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de las labores?

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo estuvo o estara el paciente parcialmente incapacitado?

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Obligaciones del paciente en su trabajo \_\_\_\_\_

Fechado \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_ Firma y Sello del medico \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES Y DESGLOSE DE HONORARIOS MEDICOS: