

## 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?

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ 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:

Día \_\_\_\_\_ 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, exámenes de laboratorio y/o rayos X pertenecientes a éste reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva

DEPTO. DE RECLAMOS

Firma Asegurado o su Representante

Fecha de Recibo de cheque

Firma de quien recibe el cheque

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clínica de todos y cada uno de los profesionales que invirtieron en el caso.

(cirujanos, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, 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 practicó cirugía, describa la operación \_\_\_\_\_

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

Honorarios por cirugía únicamente ( exclúyanse los honorarios por visitas médicas 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 originó la causa de esta lesión? \_\_\_\_\_

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

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

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

¿Cuánto tiempo estuvo o estará 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: