

Formulario de Reclamaciones



INTERNATIONAL
A division of Morgan White Group

3191 Coral Way, 7th Floor
Miami, FL 33145

Parte I: Información del Asegurado Principal

Para acelerar el proceso de reclamación, por favor incluya el comprobante de pago, facturas médicas y la información médica pertinente, si se requiere información médica adicional, la Administradora las solicitará directamente a su médico.

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Número cliente	Correo Electrónico	Teléfono (Residencia/Celular)
Dirección	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	

Parte II: Información del reclamante

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Relación con el Asegurado Principal <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño
Número cliente	Esta Ud. asegurado a través de otra compañía de seguros (Si su respuesta es afirmativa, por favor indique la información de la compañía de seguros) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía de seguros	Dirección	

Parte III: Servicios relacionados con el accidente

Fecha del accidente o lesión (Día/Mes/Año)	¿Ocurrió el accidente o lesión mientras estaba trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Son las lesiones por accidente de tráfico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Como ocurrió el accidente o lesión?		

Parte IV: Servicios relacionados con la enfermedad

Naturaleza de la enfermedad	Fecha en que se manifestó el primer síntoma (Día/Mes/Año)
Nombre del médico tratante	Dirección del médico
¿Esta usted en estos momentos bajo observación, tratamiento médico o tomando algún medicamento bajo prescripción facultativa? (Si su respuesta anterior es afirmativa, por favor indique la información del médico tratante y medicamentos)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted ha recibido tratamiento por la misma condición anteriormente mencionada? (Si la respuesta anterior es afirmativa, por favor indique la información del médico tratante)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted ha recibido tratamiento médico de cualquier tipo en los pasados 10 años? (Si la respuesta anterior es afirmativa, por favor indique la información del médico tratante)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Yo declaro que toda la información en este formulario es proporcionada conforme la verdad. Al firmar autorizo a cualquier hospital, institución médica, compañía de seguros, empleador, unión o asociación a que suministre información a MWG International como es requerido para procesar esta reclamación. Una copia fotostática de esta autorización será considerada valida como la original.

Fecha _____ / _____ / _____

Firma del Asegurado Principal

(En caso de que el asegurado (paciente) sea menor de edad, el asegurado principal debe firmar este formulario)

Formulario de Reclamaciones (continuación)

Para ser completado por el Médico Tratante

Parte V: Información del Paciente

Nombre del paciente		Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Fecha en la cual consultó al paciente por primera vez (Día/Mes/Año)	Fecha en que se manifestó el primer síntoma u ocurrió el accidente (Día/Mes/Año)	Fecha en la que el paciente le consulto por esta condición (Día/Mes/Año)	
Por favor indique su diagnóstico de esta enfermedad o lesión			
¿Esta enfermedad o lesión requiere de tratamiento de seguimiento? (Si su respuesta anterior es afirmativa, por favor explique los detalles)			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se le había diagnosticado o tratado al paciente por la misma condición con anterioridad? (Si su respuesta anterior es afirmativa, por favor indique fecha(s), resultado(s), tratamiento, medicamento(s) y nombre del médico tratante/facilidad)			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Fue el paciente referido a usted por otro médico? (Si su respuesta anterior es afirmativa, por favor indique fecha(s), resultado(s), tratamiento, medicamento(s) y nombre del médico tratante/facilidad)			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Parte VI: Reclamación por Maternidad

Altura Uterina	Edad gestacional	Tiempo de amenorrea	
Fecha probable de parto	Embarazo: <input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Asistido		
Fecha de Servicio	Indique procedimientos médicos, servicios médicos y utensilios utilizados para cada fecha indicada		Cargos
Cantidad total adeudada:			
Cantidad pagada por el asegurado:			
Saldo adeudado:			

Nombre del médico tratante	Teléfono
Dirección	Número de Licencia

Firma del Médico _____ Fecha ____/____/____

NOTA: Este formulario debe ser enviado junto con las facturas originales dentro de los 180 días del tratamiento. Reclamaciones de los hijos dependientes mayores de 18 años de edad deben incluir el certificado del colegio o universidad. Complete un formulario de reclamación por cada enfermedad o accidente.

Si ud desea recibir su pago de reclamos vía transferencia bancaria por favor complete el formulario de transferencia bancaria