



# FORMULARIO DE RECLAMACION DE BENEFICIOS MEDICOS FAVOR LLENAR CON LETRA CLARA O A MAQUINA

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha Efectiva del Seguro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha efectiva del Seguro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Del Paciente) DIA MES AÑO DIA MES AÑO

Relación con el Asegurado:  
\_\_\_\_ Hijo(a) \_\_\_\_ Cónyuge  
\_\_\_\_ Otro

Nombre del Dueño de la Póliza (Patrono): \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_

Fué causada la dolencia por un accidente: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Certificado No.: \_\_\_\_\_  
Si la respuesta en afirmativa indique:

Cuando ocurrió: \_\_\_\_\_

Donde ocurrió: \_\_\_\_\_

Como ocurrió: \_\_\_\_\_

\* Por este medio autorizo a todos los Proveedores de Servicios Médicos a que suministren en toda información relacionada con el diagnóstico descrito en este formulario, incluyendo copia exacta de sus archivos a la empresa PROVEEDORES DE SERVICIOS DE RED MEDICO HOSPITALARIO, S.A. DE C.V. (PRORED, S.A. De C.V.).

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

## SECCION A LLENAR POR MEDICO

Fecha del Servicio Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha Inicio de Enfermedad: \_\_\_\_\_

Cirugía o Tratamiento: \_\_\_\_\_

( VER REVERSO )

Código de Cirugía: \_\_\_\_\_

