

# Formulario de Reclamaciones de Salud



**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

75 Valencia Ave, Suite 801  
Coral Gables, FL 33134

## 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<br>Femenino      Masculino   | Relación con el asegurado principal<br>El mismo      Cónyuge      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)<br>Si      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?<br>Si      No | ¿Son las lesiones por accidente de tráfico?<br>Si      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) | Si      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)  | Si      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)  | Si      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.

Firma del asegurado principal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(En caso de que el asegurado (paciente) sea menor de edad, el asegurado principal debe firmar este formulario)      Día      Mes      Año

### Parte V: Información del Paciente

|  |  |  |                                 |
|--|--|--|---------------------------------|
| Nombre del paciente  |  | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)  | Sexo<br>Femenino      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)  |  |  | Si      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) |  |  | Si      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)  |  |  | Si      No                      |

### Parte VI: Reclamación por Maternidad

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

|                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| Nombre del médico tratante | Teléfono           |
| Dirección                  | Número de licencia |

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día      Mes      Año

**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*