

Servicio 24/7 al *4747 (desde cualquier celular)

Código: SPN-F.GSP-01

Póliza No. _____ Certificado No. _____

Monto: _____ BPM: _____

Para uso exclusivo de la compañía
I. Datos Generales

- 1) Titular Cónyuge Hijo(a)
- 2) Nombre _____ Sexo F M
- 3) No. celular _____ Correo electrónico _____
- 4) Fecha de Nacimiento _____ Empresa donde Trabaja _____ No. IHSS
- 5) ¿Tiene usted o su conyuge otro Seguro Médico? Si No Compañía de Seguros _____
- 6) ¿Desde que fecha tiene el seguro médico? _____

II. Historial Médico / Consulta Ambulatoria (Debe ser completado unicamente por el médico tratante)

- 1) ¿Desde cuándo trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____ Número de Verificación: _____
QR del carné para proveedores en RED
- 2) La condición del paciente se debe a:
- | | | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> | Enfermedad Ocupacional <input type="checkbox"/> | Embarazo <input type="checkbox"/> |
| Accidente de Automóvil <input type="checkbox"/> | Enfermedad Común <input type="checkbox"/> | Fecha _____ |
| Otros Accidentes <input type="checkbox"/> | SIDA <input type="checkbox"/> | U. M. _____ |
| | | Día _____ Mes _____ Año _____ |
- 3) Describa el diagnóstico completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:

- 4) ¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del accidente? Día _____ Mes _____ Año _____
- 5) ¿Ha recibido el paciente anteriormente tratamiento médico por esta condición u otras? Si No
Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____ Nombre del médico _____
- 6) Exámen, procedimiento o cirugía a realizar _____
Fecha Programada: Día _____ Mes _____ Año _____
- 7) Institución donde se brindará la atención _____
Tiempo o duración de la estadía hospitalaria (en letras) _____ Días (Sujeto a evaluación)
- 8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intra hospitalario) L _____
- 9) Código de Redhsa _____ Porcentaje _____ Valor _____
Código de Redhsa _____ Porcentaje _____ Valor _____
- ¿Puede ser realizada ambulatoriamente? Si No ¿Requiere Ayudante? Si No
- ¿Requiere Anestesiólogo? Si No ¿Requiere Médico Adicional? Si No
- Justifique la participación del médico adicional _____
- ¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Si No Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
- Nombre y Dirección del médico que emitió la segunda opinión _____
- Observaciones _____

- Nombre del médico _____ Especialidad _____ Firma y sello del médico _____ Teléfono _____

Lugar y Fecha _____

Confirmando que he verificado la información y los cargos efectuados. Autorizo a los médicos, centros hospitalarios y personas, institución o empresa que prestó algún servicio médico, brindado a mi persona o a mis dependientes para que suministre a Ficohsa Seguros o a su representante, todos los informes que requiera incluyendo copias exactas de los documentos y/o expediente clínico.

Firma del asegurado o representante legal

Nombre de la empresa

Nombre del representante RRHH

Firma y sello del contratante

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE TU SEGURO MÉDICO

Requisitos para la Presentación de Reclamos Médicos

1. Presentar el formulario de reclamación, el cual deberá ser completado en su totalidad y deberá venir firmado por el asegurado y médico tratante. **Formularios con información incompleta no serán aceptados.**

2. Adjuntar al formulario lo siguiente:

- Recibo de consulta médica el cual deberá portar firma y sello del médico tratante.
- Recibo de honorarios médicos en caso de procedimientos médicos o atención hospitalaria deberá realizar un desglose en detalle de dicho cobro.
- Orden de medicamentos (receta) **firmada y sellada por el médico tratante.**
- Factura de caja que cumpla con todos los requisitos del régimen fiscal vigente por compra de medicamentos el cual debe indicar:
 - a. Nombre del paciente
 - b. Detalle de medicamentos
 - c. Reflejar el descuento otorgado
(en caso de no reflejarse será aplicado por la compañía)

No se aceptaran facturas manuales en caso que farmacias proporcionen de forma electrónica, y reimpressiones en ningún caso.

- Copia de Carnet de vacunación el cual deberá indicar los tipos de vacunas aplicadas.
- Ordenes de laboratorio y radiografías firmadas y selladas por el médico tratante.
- Factura por exámenes diversos, la cual deberá reflejar:
 - a. El costo de cada examen realizado.
 - b. Sello cancelado.
 - c. En caso de ser necesario se solicitarán los resultados de los exámenes.
- Para medicamentos de uso continuo deberá presentar la receta original una vez año póliza, el asegurado deberá sacar copia de la receta para futuras reclamaciones. En el caso de presentar facturas de hospitalización, deben venir con el sello de cancelado y debe presentar:
 - a. Precertificación médica autorizada si el procedimiento es programado.
 - b. Formulario debidamente llenado por el médico.
 - c. Desglose detallado de cada gasto incurrido.
 - d. Recibos de honorarios médicos.
 - e. Copia del expediente clínico.
 - f. En caso de ser necesario se solicitará voucher de pago.

3. El período máximo para presentar reclamos es de seis (6) meses a partir de la fecha que se incurrió en el gasto, luego de este tiempo, dicho reclamo no será sujeto a reembolso.

En caso de requerir Hospitalización o Cirugía Programada

Requisitos para Precertificación Médica

1. El "Formulario de Gastos Médicos, Precertificación y Segunda Opinión Médica" debe de estar completamente lleno con la información solicitada en el mismo.
2. Adjuntar resultados de exámenes complementarios al diagnóstico.
3. El formulario deberá ser enviado a la Compañía de Seguros con un mínimo de cinco (5) días hábiles antes del procedimiento.

Indicaciones para uso de la red en hospitales en caso de emergencia

1. Presentación del carné vigente del seguro médico hospitalario más una identificación.
2. El asegurado deberá pagar el porcentaje de coaseguro del valor elegible de la factura, indicado en el carné, deducible, gastos no cubiertos y excesos.
3. En caso de que la emergencia sea menor al límite establecido el asegurado cancelará el total del gasto. Y deberá presentarlo vía reembolso.
4. En caso de que el asegurado no porte su carné, deberá de solicitar al patrono que le extienda una nota en la cual indique que él está gozando del beneficio del seguro de gastos médicos, y que continúa laborando en la empresa.

PORSALUD

Puedes hacer uso de las modernas clínicas PORSALUD ubicadas en puntos estratégicos en Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba y Choloma equipadas con alta tecnología, médicos, enfermeras y paramédicos profesionales para atender cualquier emergencia sin límite de eventos.

- **Orientación Médica telefónica**
- **Tegucigalpa:** 2280-5252
- **San Pedro Sula:** 2580-5252
- **Ficohsa Seguros**
- **Tegucigalpa:** 2280-4747
- **San Pedro Sula:** 2580-4747

En caso de consultas nuestros servicios de gastos médicos puede comunicarse a nuestro servicio 24/7 al *4747 (desde cualquier celular) o al Tel. fijo 2276-3960 o visítenos en nuestra página web: www.ficohsa.com/seguros

www.ficohsasegurosonline.com

Sección exclusiva para uso de la Compañía de Seguros

BPM _____

Montos _____

Sello de Servicio al Cliente