Guía para solicitar indemnización de Gastos Médicos

ASPROSE
CORREDORA DE SEGUROS

Autorizada por SUGESE, Licencia SC-11-108

REQUISITOS A PRESENTAR

1. Presentar la solicitud de beneficios totalmente cumplimentada tanto por el Asegurado Directo (primera hoja) como por el Médico (segunda hoja) y debidamente firmada.

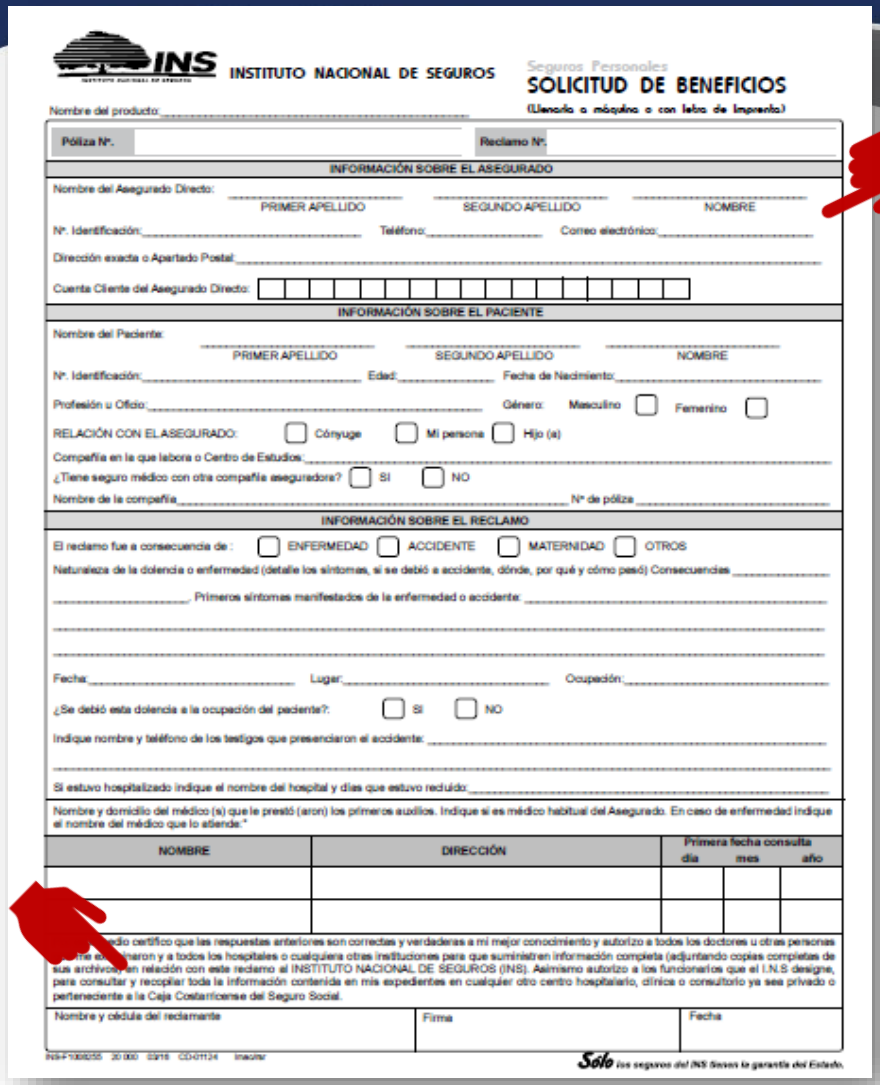
2. La declaración médica no puede ser alterada por lo que debe ser escrita por el médico tratante, indicar nombre del paciente y fecha de atención, así como el diagnóstico definitivo(no síntomas), el tiempo de evolución del padecimiento (fecha en que inició el padecimiento en días- meses- años) y etiología del padecimiento(causas del padecimiento).

3. Anexar las facturas originales canceladas (no copias, no reimpresiones), timbradas autorizadas por Tributación Directa.

4. Anexar las recetas de los medicamentos y exámenes especiales tales como: pruebas de laboratorio, ultrasonidos, electrocardiogramas, rayos X, entre otros (Si la farmacia se deja el original de la receta médica se puede presentar la copia)

5. Anexar copia de los resultados de todos los exámenes especiales y detalles o desgloses de los montos cobrados por los exámenes de laboratorio, ultrasonidos, procedimientos quirúrgicos, terapias físicas etc.

6. Las consultas sobre los casos presentados pueden realizarlas directamente al área de indemnizaciones a los siguientes correos: indemnizacionesvs@asprose.com



INS INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Seguros Personales

SOLICITUD DE BENEFICIOS

(Llenarla a máquina o con letra de imprenta)

Nombre del producto:

Póliza Nº. | Reclamo Nº.

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Directo: PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

Nº. Identificación: Teléfono: Correo electrónico:

Dirección exacta o Apartado Postal:

Cuenta Cliente del Asegurado Directo:

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente: PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

Nº. Identificación: Edad: Fecha de Nacimiento:

Profesión u Oficio: Género: Masculino Femenino

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: Cónyuge Mi persona Hijo (a)

Compañía en la que labora o Centro de Estudios:

¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? SI NO

Nombre de la compañía Nº de póliza

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

El reclamo fue a consecuencia de : ENFERMEDAD ACCIDENTE MATERNIDAD OTROS

Naturaleza de la dolencia o enfermedad (detalle los síntomas, si se debió a accidente, dónde, por qué y cómo pasó) Consecuencias

Primeros síntomas manifestados de la enfermedad o accidente:

Fecha: Lugar: Ocupación:

¿Se debió esta dolencia a la ocupación del paciente?: SI NO

Indique nombre y teléfono de los testigos que presenciaron el accidente:

Si estuvo hospitalizado indique el nombre del hospital y días que estuvo recluido:

Nombre y domicilio del médico (s) que le prestó (aron) los primeros auxilios. Indique si es médico habitual del Asegurado. En caso de enfermedad indique el nombre del médico que lo atiende:*

NOMBRE	DIRECCIÓN	Primera fecha consulta día	mes	año

...dio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los doctores u otras personas ...ne ex...aron y a todos los hospitales o cualquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo al INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS). Asimismo autorizo a los funcionarios que el I.N.S designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en mis expedientes en cualquier otro centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

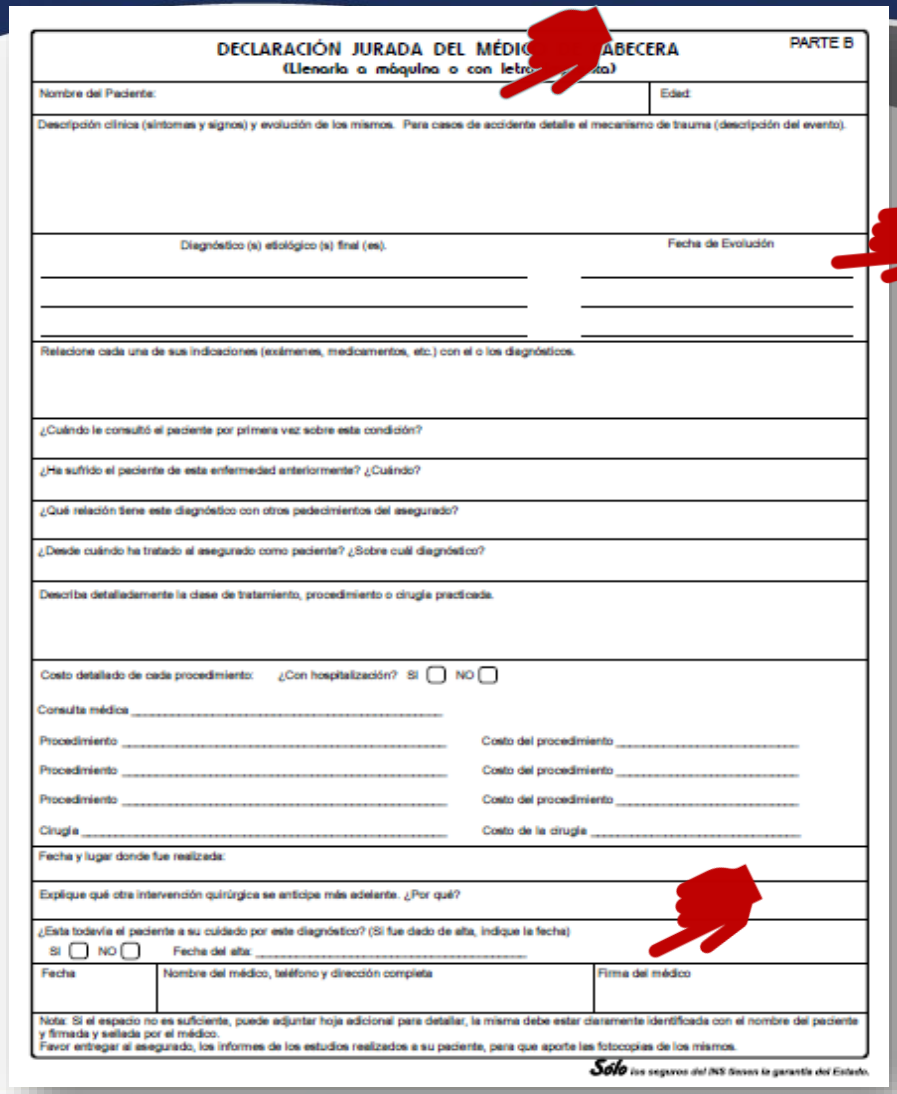
Nombre y cédula del reclamante	Firma	Fecha

INS-F-1008255 20 000 03/16 CD-01124 Imprimir

Sólo los seguros del INS tienen la garantía del Estado.

Importante no olvidar:

1. Datos del asegurado
2. Cuenta cliente
3. Datos del paciente
4. Firma



PARTE B

DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDIC ABECERA
(Llenarla a máquina o con letra ta)

Nombre del Paciente: | Edad:

Descripción clínica (síntomas y signos) y evolución de los mismos. Para casos de accidente detalle el mecanismo de trauma (descripción del evento).

Diagnóstico (s) etiológico (s) final (es). | Fecha de Evolución

Relacione cada una de sus indicaciones (exámenes, medicamentos, etc.) con el o los diagnósticos.

¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?

¿Ha sufrido el paciente de esta enfermedad anteriormente? ¿Cuándo?

¿Qué relación tiene este diagnóstico con otros padecimientos del asegurado?

¿Desde cuándo ha tratado al asegurado como paciente? ¿Sobre cuál diagnóstico?

Describa detalladamente la clase de tratamiento, procedimiento o cirugía practicada.

Costo detallado de cada procedimiento: ¿Con hospitalización? SI ☐ NO ☐

Consulta médica _____

Procedimiento _____ Costo del procedimiento _____

Procedimiento _____ Costo del procedimiento _____

Procedimiento _____ Costo del procedimiento _____

Cirugía _____ Costo de la cirugía _____

Fecha y lugar donde fue realizada:

Explique qué otra intervención quirúrgica se anticipe más adelante. ¿Por qué?

¿Está todavía el paciente a su cuidado por este diagnóstico? (Si fue dado de alta, indique la fecha)
SI ☐ NO ☐ Fecha del alta: _____

Fecha	Nombre del médico, teléfono y dirección completa	Firma del médico

Nota: Si el espacio no es suficiente, puede adjuntar hoja adicional para detallar, la misma debe estar claramente identificada con el nombre del paciente y firmada y sellada por el médico.
Favor entregar al asegurado, los informes de los estudios realizados a su paciente, para que aporte las fotocopias de los mismos.

Sólo los seguros del INS tienen la garantía del Estado.

Importante no olvidar:

1. **Nombre del paciente indicado por el médico que le atendió.**
2. **Etiología y diagnóstico definitivo**
3. **Evolución de la enfermedad en tiempo (día-mes año)**
4. **Fecha, firma y sellos del médico**

ASPROSE
CORREDORA DE SEGUROS

…su tranquilidad, es la nuestra.