

Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

Código: SPN-F.GSP-01

**I. Datos Generales**

- 1) Titular  Cónyuge  Hijo(a)
- 2) Nombre \_\_\_\_\_ Sexo F  M
- 3) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Empresa donde Trabaja \_\_\_\_\_ No. IHSS
- 4) ¿Tiene usted o su conyuge otro Seguro Médico? Si  No  Compañía de Seguros \_\_\_\_\_
- 5) ¿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 \_\_\_\_\_
- 2) La condición del paciente se debe a:  
 Accidente de Trabajo  Enfermedad Ocupacional  Embarazo   
 Accidente de Automóvil  Enfermedad Común  Fecha \_\_\_\_\_  
 Otros Accidentes  SIDA  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 \_\_\_\_\_

Confirmo 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 o ticket de caja de 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 aceptarán facturas manuales ni reimpressiones en el caso de farmacias que proporcionen tickets o factura de caja.**

- Recibos de vacunas 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 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

[www.ficohsasegurosonline.com](http://www.ficohsasegurosonline.com)

## Sección exclusiva para uso de la Compañía de Seguros

No. Solicitud \_\_\_\_\_

Valor Total \_\_\_\_\_

No. de Reclamo \_\_\_\_\_

Fecha de Alta \_\_\_\_\_

Sello de Servicio al Cliente