

¿Cómo presentar los reclamos médicos de manera digital?

INS

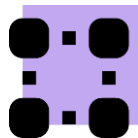
N° póliza 0125ACG0000541

Pasos a Seguir:

1. Ordeno el reclamo:



- ✓ Formulario Parte A (firmado)
- ✓ Formulario Parte B (con sello y firma del médico)
- ✓ Recetas médicas
- ✓ Resultados (US, RX, laboratorios, exámenes, referencias, informes)
- ✓ Factura Electrónica desglosada



2. Escaneo y convierto en un solo PDF



3. Envío el correo a reclamos.crc@wtwco.com



Asunto del correo: Nombre del colegio, Nombre Paciente y Numero de póliza

4. Resguardo el documento original




***Importante:** Las imágenes deben ser **legibles** y **no** presentar **alteración**

¿Cómo presentar los reclamos médicos de manera digital?

INS

N° póliza 0125ACG0000541

Formulario de reclamo:



Seguros Personales
SOLICITUD DE BENEFICIOS

(Llenarlo a máquina o con letra de imprenta)

Nombre del producto: _____

Póliza N°: _____	Reclamo N°: _____
------------------	-------------------

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Directo: _____

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

N°. Identificación: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección exacta o Apartado Postal: _____

Cuenta Cliente del Asegurado Directo: _____

Yo _____ documento de identidad N° _____ autorizo para que los montos resultantes de la indemnización de los gastos médicos presentados, sean depositados en la cuenta cliente N° _____ Moneda _____ del banco _____ la cual se encuentra a nombre de _____ con documento de identidad _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

N°. Identificación: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Profesión u Oficio: _____ Género: Masculino Femenino

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: Conyuge 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 _____ N° 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 estubo 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		
		dia	mes	año

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los doctores u otras personas que me examinaron 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

Completar por el Asegurado

Información del asegurado datos del padre o encargado.

Completar por el Estudiante

Información del paciente datos del estudiante.

Indicar cuenta IBAN para depósito de liquidación

Se debe incluir el mecanismo del trauma, es decir; como se dieron los hechos del accidente.

Firma del encargado

¿Cómo presentar los reclamos médicos de manera digital?

INS

N° póliza 0125ACG0000541

Formulario de reclamo:

DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO DE CABECERA		PARTE B
(Llenarlo a máquina o con letra impresa)		
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
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 anticipa más adelante. ¿Por qué?		
¿Esta todavía el paciente a su cuidado por este diagnóstico? (Si fue dado de alta, indique la fecha)		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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.		

Doctor completa lo marcado

1. Diagnóstico
2. Cuadro Clínico
3. Si envió medicamentos, exámenes, etc.
4. Fecha, Firma y sello del médico
5. Sin alteraciones ni tachones, lapicero de un solo color

Firma, fecha y sello del Dr.

Para dudas o consultas

Contacte a su ejecutivo:



Irving Ureña M.

Ejecutivo Affinity Costa Rica

irving.urena@wtwco.com

T: +506 2582-9701

M: +506 8435-6888

Su ejecutivo en línea



crc-consultoseguro@unity.co.cr

T: 2582-9704