

INFORMACIÓN GENERAL		Responder por el asegurado
No. Póliza _____	Póliza _____	
Contratante _____	Fecha _____	
Titular: _____	Certificado / No. de Socio _____	
Afectado _____	Número de siniestro _____	
Padecimiento _____		

Trámite

Inicial
 Complemento

Tipo de Trámite

Reembolso
 Carta Pase
 Otro

DOCUMENTACIÓN ANEXA

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aviso de accidente o enfermedad (formato aseguradora)
<input checked="" type="checkbox"/> Informe médico (formato aseguradora)
<input type="checkbox"/> Recetas y/o órdenes médicas
<input type="checkbox"/> Estudios médicos e interpretación
<input checked="" type="checkbox"/> Facturas y/o recibos originales | <input checked="" type="checkbox"/> Formato .XML (Factura electrónica) |
|--|--|

FACTURA	PROVEEDOR	Importe	Autorizado	Copago	Importe Autorizado
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
Total		\$0.00	-	-	-
				TOTAL	-

SEGUIMIENTO Para uso exclusivo de SIS NOVA

Fecha de recepción de documentos	Fecha de envío al cliente
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Fecha de envío a tramite de reembolso	Importe del cheque
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Fecha de respuesta por parte de SIS NOVA	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

COMENTARIOS

Nombre y firma de quien envia

Nombre y firma de quien recibe

FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

- MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN
- REEMBOLSO PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA -TRATAMIENTO PAGO - DIRECTO
- TIPO DE RECLAMACIÓN
- ACCIDENTE EMBARAZO ENFERMEDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE _____		NO. DE PÓLIZA _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____		R.F.C. Ó C.U.R.P. _____	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO _____		R.F.C. Ó C.U.R.P. _____	
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____	FECHA DE ALTA _____	DIA MES AÑO	NACIONALIDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	SEXO _____	PARENTESCO CON EL TITULAR _____	CORREO ELECTRÓNICO _____
DÍA MES AÑO		(OPCIONAL)	
DOMICILIO / CALLE _____		NO. EXTERIOR _____	NO. INTERIOR _____
C.P. _____		COLONIA _____	
ESTADO _____	DELEGACIÓN _____	OCUPACIÓN ó PROFESIÓN _____	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA _____
GIRO DE LA EMPRESA _____		TELÉFONO DE CONTACTO _____	
CLAVE LADA () _____			

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? SI NO SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO _____

COMPAÑÍA _____ FECHA DE ALTA _____

DIA | MES | AÑO

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? SI NO COMPAÑÍA _____

TIPO DE RECLAMACIÓN: INICIAL COMPLEMENTARIA INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/ O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ _____

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____

DIA | MES | AÑO

FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____

DIA | MES | AÑO

INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____

SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? _____

AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____

EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? SI NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____

COBERTURA _____ SUMA ASEGURADA _____ NO. DE PÓLIZA _____ COMPAÑÍA DEL TERCERO _____

HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO _____ ESTUVO HOSPITALIZADO SI NO DÍAS DE ESTANCIA _____

¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y/ O TRATAMIENTO? _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____ ESPECIALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ TEL. Y / O E-MAIL _____

¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? _____ CAUSA Y FECHA _____

DIA | MES | AÑO

TEL. Y / O E-MAIL _____

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- 1.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
- 2.- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
- 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE, Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
- 4.- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC).
- 5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.
- 6.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARE EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE), SÓLO SI ES PERSONA FÍSICA.

NOTA:
AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.** AÚN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MISMA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.**, LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.** LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.** PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR **NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO**

FECHA _____ LUGAR _____

DIA | MES | AÑO


 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

 TRATAMIENTO MÉDICO

 REEMBOLSO

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:	(ESPACIO LIBRE)	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____		
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS		
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERinatales (SI ES NECESARIO)		
PADECIMIENTO ACTUAL			
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS			
			FECHA DE INICIO DIA MES AÑO
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO		
			FECHA DIAGNÓSTICO DIA MES AÑO
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO			
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____			
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO)			

TRATAMIENTO			
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO		
FECHA DE INICIO DIA MES AÑO 			
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO 	FECHA DE EGRESO DIA MES AÑO
CIUDAD:			
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____		TELÉFONO: _____	
ESPECIALIDAD _____	R.F.C. _____	CELULAR: _____	
CÉDULA PROFESIONAL _____	CÉDULA DE ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACIÓN _____		
NÚMERO DE PROVEEDOR _____	E-mail _____		
(ESPACIO LIBRE)			

NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE