



Procedimiento para la presentación de reclamos Unidad de Seguros CMC

Procedimiento para la presentación de reclamos por gastos médicos en la Unidad de Seguros del INS, ubicada en la sede central del colegio de médicos.

Boleta solicitud de beneficios:

Este es el documento oficial en el que se deben presentar los reclamos. Consta de dos partes, las cuales se detallan a continuación:

Primera parte. Declaración del asegurado.

1. **Información sobre el asegurado:** se llena con la información del médico dueño de la póliza (en el voluntario es el médico que solicitó el seguro). Es INDISPENSABLE indicar el número de cuenta cliente para que el pago sea por medio de transferencia, de lo contrario se hará en efectivo y el médico debe ir a una oficina del INS a retirar el dinero. La cuenta debe estar a nombre del titular de la póliza, no del dependiente. En caso de que el reclamo médico sea de un dependiente (cónyuge o hijo) igualmente debe ponerse el número de cuenta cliente a nombre del médico titular.

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:	<input type="text"/>		





2. **Información sobre el paciente:** en este apartado se colocan los datos personales generales de la persona que está haciendo uso de la póliza, es el paciente tratado.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE		
Nombre del Paciente:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO NOMBRE
N° Identificación	Edad:	Fecha de Nacimiento:
Profesión u Oficio:	Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
RELACIÓN CON EL ASEGURADO:	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Mi persona <input type="checkbox"/> Hijo (a)	
Compañía en la que labora o Centro de Estudios:		
¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nombre de compañía	N° de póliza	

3. **Información sobre el reclamo:** explicación breve por parte del paciente de lo sucedido: enfermedad, accidente, maternidad (solo en el voluntario), otros.

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO		
El reclamo fue a consecuencia de: <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> 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?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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

4. **Firma del reclamante:** firma el médico dueño de la póliza. No importa si el paciente tratado es un dependiente, siempre debe firmar el titular (esto en el voluntario)

Fecha: _____	Nombre, Firma y Número de identificación del reclamante
	Nombre: _____

	Firma y N° Identificación





Segunda parte. Declaración del médico de cabecera o médico tratante.

En esta parte el MÉDICO TRATANTE debe dar un detalle más explícito acerca de lo que presenta el paciente; es de suma importancia que los espacios donde se colocan el diagnóstico, las prescripciones y la firma del médico sean lo más claras posibles. Si se utiliza en el extranjero TODOS los documentos deben estar traducidos al español, salvo si el idioma es inglés o alemán.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA		PARTE C
(Llenarlo a máquina o con letra impresa)		
Nombre del Paciente:	Edad:	
Indique brevemente el diagnóstico y los síntomas de la enfermedad o lesión:		
¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuándo ocurrió el accidente? Sea lo más detallado posible:		
¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?		
¿Ha sufrido el paciente de esta dolencia anteriormente? ¿Cuándo?		
¿Qué relación tiene esta dolencia con otros padecimientos del Asegurado?		
¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? ¿Sobre qué dolencias?		
Clase de tratamiento o cirugía practicada. (Describala detalladamente)		
Costo de esta intervención:	¿Con hospitalización? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha en que fue realizado:	¿Dónde se efectuó?	
Indique las fechas del tratamiento:		Cobrado por visita:
Consultorio: _____		_____
Residencia: _____		_____
Hospital: _____		_____
Explique qué otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante. ¿Por qué?		
Explique si se debe esta condición a una lesión o enfermedad proveniente del empleo del paciente:		
¿Está todavía el paciente a su cuidado por esta condición? (si fue dada de alta, dé la fecha)		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha: _____
Observaciones:		
Fecha:	Nombre del médico y su dirección completa	Firmado: _____ Médico o Cirujano:





Documentación por gastos cancelados (facturas) o tratamientos

1. **Laboratorios, ultrasonidos, exámenes, TAC, resonancias, etc.:** para presentar las facturas por estos gastos clínicos deben de venir acompañadas de la receta del médico, copias de los resultados y las facturas oficiales timbradas con el detalle del costo de cada análisis practicado. Si la factura viene con un costo total sin indicación del costo de cada examen, debemos devolverle todos los documentos para que el asegurado solicite un desglose.
2. **Facturas por medicamentos:** se debe de presentar la receta donde el médico indique las medicinas prescritas. La factura debe venir con el detalle de cada uno de los medicamentos comprados y estos deben de coincidir con los de la receta. Es importante que no se agreguen en la factura otros gastos que no tienen relación con el diagnóstico, ejemplos: cremas humectantes, artículos de belleza, bronceadores, chiclets, etc.
3. **Facturas por gastos quirúrgicos (tanto ambulatorios como con internamiento):** deben de venir adjuntos a estas el desglose completo del monto pagado.
4. **Gastos por visitas médicas:** debe de adjuntarse la factura de honorarios por la visita médica.

Notas relevantes:

- ✓ Todas las facturas presentadas deben estar timbradas.
- ✓ Las fechas de las facturas vrs el reporte del médico tratante deben coincidir.
- ✓ Si el monto está en otra moneda, el INS se encarga de convertirlo a colones.





- ✓ Si algún punto de los anteriores faltase el reclamo será devuelto hasta que esté completo.
- ✓ En el seguro básico (colegiatura), para presentar un reclamo es requisito indispensable haber llenado y presentado la “Boleta de Información Médica” completa a la Unidad de Seguros. Si no la ha llenado, se le solicitará en el momento que presente el reclamo.

Reclamos por pre-autorización

Este procedimiento es común para el caso de cirugías o procedimientos electivos.

El médico cirujano debe estar afiliado a la red de proveedores. Este llena el formulario de pre autorización de procedimiento, y lo presenta al INS. El INS analiza la solicitud y aprueba o desaprueba la cobertura.

Una vez aprobado, el médico coordina con el centro médico el ingreso del paciente. El paciente ingresa al centro médico e indica que el procedimiento se cubre mediante su seguro médico. El centro médico le cobra únicamente los deducibles o coaseguros contractuales.

Si el médico es proveedor afiliado del INS, el paciente no debe pagarle ninguna suma por concepto de coaseguro. El médico cirujano le cobrará al INS lo correspondiente.

Si el médico cirujano no es afiliado a la red del INS, o algún miembro de su equipo (asistente o anestesiólogo), el paciente debe reconocerle solamente la suma que de antemano se sabe que el INS reconocerá por honorarios, y presentar el reclamo por reembolso a la Unidad de Seguros.

