



# BENEFITS | BROKER |

CORREDORES DE SEGUROS



# **BENEFICIOS, CONDICIONES Y PROCESOS DE LA POLIZA COLECTIVA DE GASTOS MEDICOS VIGENCIA 2024-2025**



**COLEGIO DE  
MÉDICOS VETERINARIOS  
DE HONDURAS**

# COBERTURAS DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS

**COBERTURA MUNDIAL:** En caso de emergencia aplica consulta medica y hospitalización, si es un proceso programado debe ser autorizado por la aseguradora.

- **Maximo vitalicio renovable anualmente** **Lps. 2,500,000.00**
- **Deducible anual por afiliado** **Lps. 2,000.00**
- **Deducible fuera de centro america** **\$ 1,500.00**
- **Rembolso dentro de Centro America** **80%**
- **Fuera de Centro America** **75%**

## **COBERTURAS EN CONSULTAS MEDICAS HASTA UN MONTO DE:**

<b>Medico General</b>	<b>Lps. 1,000.00</b>
<b>Medico Especialista</b>	<b>Lps. 1,300.00</b>
<b>Medico Cardiólogo y Neurólogo</b>	<b>Lps. 1,600.00</b>

**Los excesos y valores no elegibles son cubiertos por los afiliados**

- Cobertura para Gastos dermatológicos, incluye verrugas hasta L. 5,000.00  
Siempre y cuando sean para el restablecimiento de la salud**
- Cobertura de Nutricionista como consecuencia de un tratamiento médico, hasta un máximo reembolsable de L 3,000.00**

- **Cobertura de Equipo Médico durable, siempre que sea medicamente necesario, como ser: Silla de Ruedas, Muletas, Nebulizador, sujeto a coaseguro y deducible: hasta un limite de Lps. 15,000.00**
- **Cobertura por gastos de medicamentos de origen natural, vitaminas, siempre y cuando sean recetados por un médico colegiado hasta un máximo de L. 20,000.00, anual (año póliza)**
- **Cobertura para tratamientos nerviosos ambulatorios (ansiedad, estrés) hasta un máximo de Lps.50.000.00 (Se debe especificar un diagnostico medico**
- **Cobertura de juanetes y uñas encarnadas solo vía reembolso, hasta un máximo de L 8,000.00**

# **REQUISITOS PARA PRESENTAR GASTOS MÉDICOS:**

- **Formulario de Reclamación**
- **Recibos por honorarios (Firmados y sellados) detallar consulta, examen o procedimiento de ser realizado en la cita (si es un proceso programado se debe preautorizar)**
- **Recetas (firmadas y selladas)**
- **Ordenes de exámenes (originales con fecha y los mismos diagnósticos del formulario)**
- **Recibos de pago en farmacia, laboratorios, ópticas.**
- **Las facturas deben llevar el nombre del paciente**

## **Nota importante:**

- **La fecha del formulario tiene que coincidir con la fecha de los recibos por honorarios, recetas y órdenes de exámenes extendidos por el médico.**
- **Todos los documentos del reclamo medico deben ir a nombre del paciente**
- **No se aceptan reclamos médicos sin el formulario**

**LOS RECLAMOS MEDICOS DEBEN SER ENVIADOS EN DIGITAL**

# **GASTOS OFTALMOLOGICOS**

**Cobertura: hasta un máximo L. 5,000.00 con deducible de Lps. 500.00 como grupo familiar, aplica para compra de aros y lentes, siempre que el afiliado tenga una graduación mínima de 0.25 dioptrías.**

- Presentar el formulario de gastos médicos detallando el diagnostico.**
- Presentar la receta indicando la graduación y la distancia pupilar.**
- Presentar factura original con sellos y si es paquete detallar los valores, todo el reclamo debe ser a nombre del paciente.**

Contratante: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: A  M

Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico consultado: \_\_\_\_\_

¿Tiene otro tipo de cobertura médica? SI  NO   
 Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Detalle de Gastos Ambulatorios	Valor del Gasto	
Consultas Médicas		
Rayos x		
Laboratorios		
Medicinas		
Otros		
Total de Gastos Presentados		

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo autorizo a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico para que suministre a la Compañía de Seguros todos los informes que requiere incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

OBSERVACIONES:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleado  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Empleado Firma y Sello del Contratante

RECUERDE AJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.

# FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS

Debe ser llenado por el afiliado, no enviar el formulario sin la informacion.



Nombre del paciente: _____	Edad: A _____ M _____
Diagnóstico principal completo: _____	
¿Según su opinión, esta condición es causada por accidente de trabajo o enfermedad ocupacional? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Si es afirmativo, favor explique: _____	
Según su conocimiento, ¿cuándo se presentó el primer síntoma de esta condición?	Día _____ Mes _____ Año _____
¿Esta condición se debe a embarazo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si es afirmativo indique fecha última Menstruación)	Día _____ Mes _____ Año _____
Tratamientos o procedimientos realizados en clínica: _____	

No de Consultas: _____	
Honorarios por Consultas	Total Lps. _____
Honorarios por Tratamiento	Total Lps. _____

Confirmando que he recomendado los servicios por los cuales se presenta esta reclamación.

¿Según su conocimiento, ha recibido el paciente algún otro tratamiento por esta condición o por otra relacionada con esta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es afirmativo, favor indicarnos:				
Diagnóstico: _____				
Nombre del hospital:	Fecha: Día _____	_____	Mes _____	Año _____

<b>OBSERVACIONES:</b>

Nombre del médico: _____
Lugar y Fecha: _____
Firma y Sello: _____

LA0009

**El médico le corresponde completar esta sección con la siguiente información:**

- Nombre del paciente
- Diagnósticos

**Nota importante: Debe ser completado por el médico debe llevar nombre del médico, sello, firma y fecha.**

# GASTOS DENTALES



**Cobertura: hasta un máximo L. 5,000.00, con deducible de Lps.500.00 como grupo familiar**

**Aplica profilaxis, extracciones, endodoncias(presentar RX pre y post)**

**Presentar el formulario de gastos dentales detallando el procedimiento y marcar las piezas trabajadas.**

**Presentar recibo de honorarios detallando el procedimiento con sello y firma del medico, todo el reclamo debe ser a nombre del paciente.**

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario.

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos dentales incurridos por:  Mi persona  Cónyuge  Hijo

1. Nombre del Paciente:  2. Edad:  3. Ident. No.:

4. Fecha de Nacimiento: día  mes  año  5. Sexo: F  M

6. ¿Fue causada la deficiencia por un accidente? SI  NO  En caso afirmativo indique: ¿Dónde ocurrió?

¿Cuándo ocurrió? día  mes  año

¿Cómo ocurrió?

7. Nombre y dirección de su cirujano dentista actual y de otros que le han asistido:

Nombre	Dirección	Teléfono
Actual:		
Otro:		
Otro:		

8. Indique si tiene otro tipo de cobertura Médica y Dental: SI  NO  Nombre de la Compañía de Seguros:

Certifico haber contestado sinceramente las preguntas anteriores, no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos. Asimismo, autorizo a todos los doctores, dentistas, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que me prestó algún servicio médico, para que suministre a La Compañía de Seguros todos los informes que esta requiere incluyendo copias de los documentos, radiografías, recibos recibidos de cualquier institución que exista sobre la realización de uno de los siguientes médicos respecto a mi persona o a mi cónyuge o hijos.

Lugar y fecha:

Nombre del empleado:  Firma del empleado:

NO OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE.

Nombre del Contratante (debe escribir a máquina o letra de molde):

No. Póliza:  No. Certificado:  Fecha efectiva del seguro del empleado: día  mes  año

Observaciones:

Lugar y fecha:  Firma y sello del Contratante:

## Proceso para reclamo de gastos dentales:

- Formulario lleno por el médico, detallando el proceso y especificando las dientes trabajados y valor de cada uno.
- Recibo de honorarios a nombre del paciente, firma del medico, sello del colegio de dentistas y que la fecha coincida con la del formulario.
- Según el tratamiento se solicitara RX pre y post del proceso.



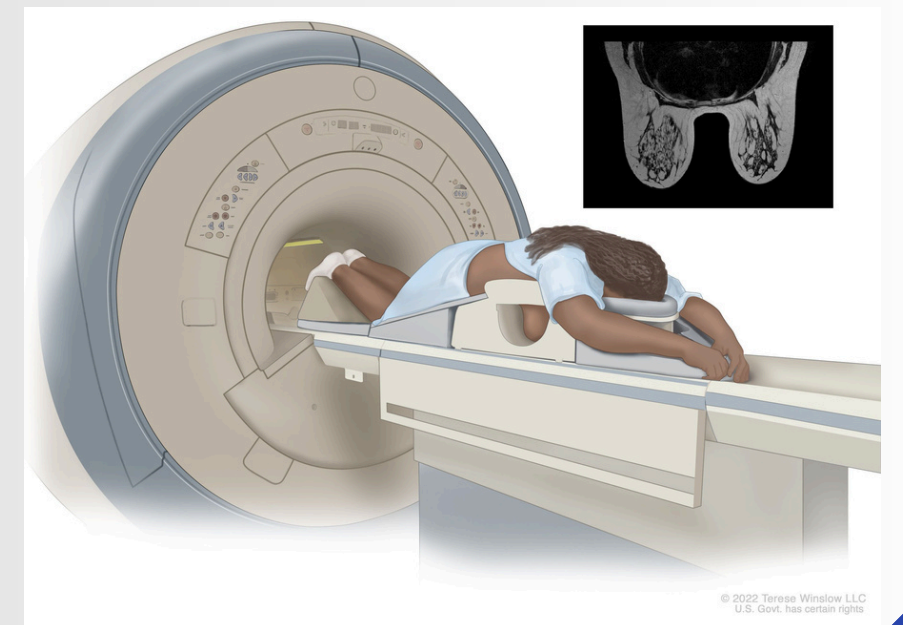
# PROCESO DE PRE-AUTORIZACION

**Para toda hospitalización programada, cirugías ambulatorias, exámenes especiales (incluye terapias y biopsias) cuyo costo sea igual o mayor a L. 5,000.00, debe solicitar la autorización a la aseguradora con un mínimo de 3 días antes de su realización.**

**En caso de no cumplir con este procedimiento el afiliado será penalizado y la aseguradora solo le reembolsará el 50% de los gastos elegibles.**

**Documentos para solicitar la preautorización:**

- **Formulario de pre-autorización**
- **Orden médica (en caso de ser un examen)**
- **Cotización**
- **Resultado de exámenes previos que se relacionen con el diagnostico.**



**Para solicitar reembolso por hospitalización o solo por honorarios médicos de una cirugía ambulatoria o gastos por emergencia debe presentar los siguientes documentos:**

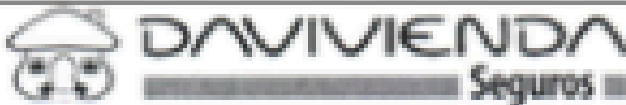
- Formulario de reclamos médicos lleno por el medico de cabecera (en caso de cirugías) y ( en caso de emergencia por el medico que le brindo la atención)**
- Expediente clínico completo, detallando el proceso, horas de visita y firmado por cada medico que brindo la atención (en caso de no adjuntarlo, no se podrá ingresar a la aseguradora para análisis y pago)**
- Recibo de cada medico (anestesiólogo, asistente del cirujano y medico principal)**
- Desglose de facturas (material utilizado, medicamentos, exámenes)**



# Formulario de precertificación de cirugías programadas, ambulatorios y exámenes especiales

Debe ser completada por el médico

- Especificar diagnóstico
- Procedimiento a realizar



**FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINION MEDICA**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Poliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

**SECCION A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE**

**I. Datos Generales**

1) Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Sexo F  M

2) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Empresa donde Trabaja \_\_\_\_\_

**II. Historial Medico / Consulta Ambulatoria (Favor llenar los incisos del 1-5)**

1) ¿Desde cuando trata usted al paciente? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

2) La condición del paciente se debe a:  
Accidente de Trabajo  Enfermedad Ocupacional  Embarazo   
Accidente de Automovil  Enfermedad Común  Fecha U.M. \_\_\_\_\_  
Otros Accidentes  SIDA  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 otra similar? Si  No   
Si es afirmativo: ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico \_\_\_\_\_  
Indique el Diagnóstico \_\_\_\_\_

6) Procedimiento o Cirugía a Realizar? \_\_\_\_\_  
Fecha Programada: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

7) Hospital donde desea la admisión: \_\_\_\_\_  
Tiempo o duración de la estada hospitalaria (en letras): \_\_\_\_\_ Días (Sujeto a evaluación)

8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. \_\_\_\_\_  
¿puede ser realizada ambulatoriamente? Si  No  ¿Requiere Ayudante? Si  No   
¿Requiere Anestesiólogo? Si  No  ¿Requiere Médico Adicional? Si  No   
En caso afirmativo especifique \_\_\_\_\_

¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Si  No  Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Nombre y Dirección del Médico que emitió la segunda Opinión: \_\_\_\_\_  
Anoté los resultados de la segunda opinión y adjúntela: \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Firma y Sello Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Certifico que la información declarada es verídica a mi leal saber y entender.

**SECCION: AUTORIZACION (Exclusivo para La Compañía de Seguros)**

**Asistencia gratuita primaria en clínicas  
caribe Tel.2216-2550**

**Hospitales con Copago especial - Honduras Medical  
center, Hospital del Valle, Hospital CEMESA  
pagando Coaseguro 65/35**





# FARMACIAS EN RED

**Sin mínimo de compra, Máximo L. 5,000.00 en adelante se debe solicitar autorización pagando el 25% del copago**

# RED DE LABORATORIOS Y RADIO IMAGENES

**Mínimo de Lps.700.00 y Máximo L. 5,000.00 se debe solicitar previa autorización pagando el 25% del copago**



# **CONSULTAS O ASISTENCIA EN CASO DE EMERGENCIA**

**AIMEE CARCAMO CEL.9542-8381**

**Ejecutiva de Cuenta**

**JOSUE CASTILLO CEL.9450-1479**

**Gerente de Cuenta**

