

FORMULARIO DE RECLAMACION PARA GASTOS MEDICOS

IMPORTANTE: Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar las preguntas en forma detallada.

SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre de la Empresa para la cual labora: Informática Atlántida

Nombre completo del asegurado: Alexis Javier Lagos Escoto

Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos Incurridos por: MI ESPOSO(A) HIJO(A)

Nombre del Paciente: Ana Sophia Lagos Quintanilla

Edad: 8 años Sexo: F

Fecha de Nacimiento: 14/04/2017

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

En caso de Accidente:

Indique cuando ocurrió: _____ Hora: _____ Donde ocurrió: _____

Como ocurrió (practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.):

En caso de enfermedad:

Describir los síntomas: Molestia en las uvas regatorras

Fecha en que dio inicio: 28/11/2025 Fecha de la primera consulta: 28/11/2025

Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:

SI NO Cuando: _____

En caso afirmativo favor indicar el nombre, dirección, teléfono del médico y fecha en que fue diagnosticada:

En caso de Maternidad:

Fecha de inicio del embarazo: _____

Fecha del parto o aborto: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre y teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios:

TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑIA: SI NO

Si su respuesta es afirmativa, favor indicar el nombre y número de póliza: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otro para que suministren a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., cualquier información incluyendo copias de sus archivos (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc., pertenecientes a este reclamo. Quedando entendido que la compañía de Seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

Fecha: 28/11/2025

Firma del Asegurado: [Firma]

Dirección: Col. La Joya Lector 3 Bloque 8 Casa 4916

Teléfono: 95761113

SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE.

Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad: SI NO

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad: SI NO

Recomienda que se pague esta incapacidad: SI NO

Nombre del Asegurado:

Fecha efectiva del seguro: Fecha de empleo:

Nombre del dependiente: Fecha efectiva del seguro:

Nombre del dependiente: Fecha efectiva del seguro:

Nombre de la empresa contratante:

Póliza Número: Certificado Número: Categoría o Clase:

Firma Autorizada: Cargo:

Fecha: SELLO DE LA EMPRESA:

FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNTAR LAS FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIÓ POR ESTA INCAPACIDAD, ORDENES Y RESULTADOS DE EXAMENES DE DIAGNÓSTICO Y RECETAS DE MEDICINA

SECCION "C" PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

1. Nombre del paciente: Rosa Johua Lopez Quintanilla Edad: _____ Sexo: M F
2. Fecha de primera consulta por esta incapacidad: _____
3. Dé su diagnóstico completo: Ruso Fumero Bronquitis
4. Segundo su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión? _____
5. Fecha inicial del tratamiento: _____
6. ¿Ordenó usted hospitalización? SI NO En caso negativo, nombre del médico que la ordenó: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
7. Si el paciente fue referido por otro médico o hay otros médicos involucrados, favor citar:
Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

PARA SU COMODIDAD FARVOR COMPLETAR UNICAMENTE LA SECCION QUE CORRESPONDA AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Número de visitas en clínica:	1	Valor por visita:	<u>1600.00</u>	Total:	<u>1600.00</u>
Número de visitas a domicilio:		Valor por visita:		Total:	

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Nombre del hospital:		
Fecha de Admisión:	Fecha de Egreso:	
Si no hay cirugía: Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones:		
Número de visitas dentro del hospital:	Valor por visita:	Total:
(Solo para casos en los que no hay cirugía involucrada) Honorarios por Tratamiento:		
Si hay cirugía, indique el nombre de el o los procedimientos realizados:		
Número de Código REDHSA:		
Número de Código REDHSA:		
Honorarios por procedimiento quirúrgico exclusivamente:		

MATERNIDAD

Si el reclamo es por maternidad, indique:	
Fecha aproximada de fecundación:	Fecha de parto o aborto:

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuento tiempo: _____

Observaciones: _____

NOTA: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales y otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieren a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

Nombre y sello del Médico: (Seal of Dr. Luis Quintanilla) No. de Colegiado: 3230

Dirección y Teléfono: Calle 1 Piso 2234557

Firma y Sello del Médico: _____ Fecha: 28 Novembre



LA COMPAÑIA DE SEGUROS, reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

SECCION PARA SER COMPLETADA POR LA COMPAÑIA CONFORMACION DE COBERTURAS

Empleado asegurado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dependiente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cobertura de Gastos Médicos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Póliza No.	Certificado No.			Plan:		Fecha inclusión al plan:		
Primas pagadas hasta:	Revisado por:			Fecha:				

FORMA GM-SA-01-05



SERVICIOS DE SALUD PINEL OSORIO
DR. GUILLERMO ARTURO PINEL OSORIO
ESPECIALISTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
Col. El Prado, Plaza premier, Tegucigalpa, M.D.C.Honduras
Correo: gapinelh@gmail.com

R.T.N.: 08011966008918 / TEL.:9980-5146
CAI: 395CA6-37944C-7438E0-63BE03-09092E-71

**RECIBO POR HONORARIOS
PROFESIONALES**

Nº 000-001-04-00 **016448**

Recibí de: Ana Sofia Legas Quintanilla

R.T.N.: _____

La Cantidad de: Mil seiscientos Lempiras

Por Concepto de: consulta pediatrica



Tegucigalpa, M.D.C. 28 de Noviembre del 2025

Monto Bruto Percibido L. 1600 00

Monto Retenido L. —

Monto Neto L. 1600 00

Firma

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Fecha Límite de Emisión: 07 de Julio del 2026

Rango Autorizado: 30 Talonarios del 000-001-04-00015951 al 000-001-04-00017450

Lactéol'fort
Lactobacillus LB

Upral

Claribac
claromicina

Clanic Bid
amoxicilina + ácido clavulánico

Aticef
ceftriaxona



Dr. Guillermo Arturo Pinel Osorio

ESPECIALISTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Colonia El Prado, Plaza Premier Humuya

primer nivel contiguo a CEUTEC

Tels. 2235-9421 / 2232-5851 / 9980-5146 / 9692-4179

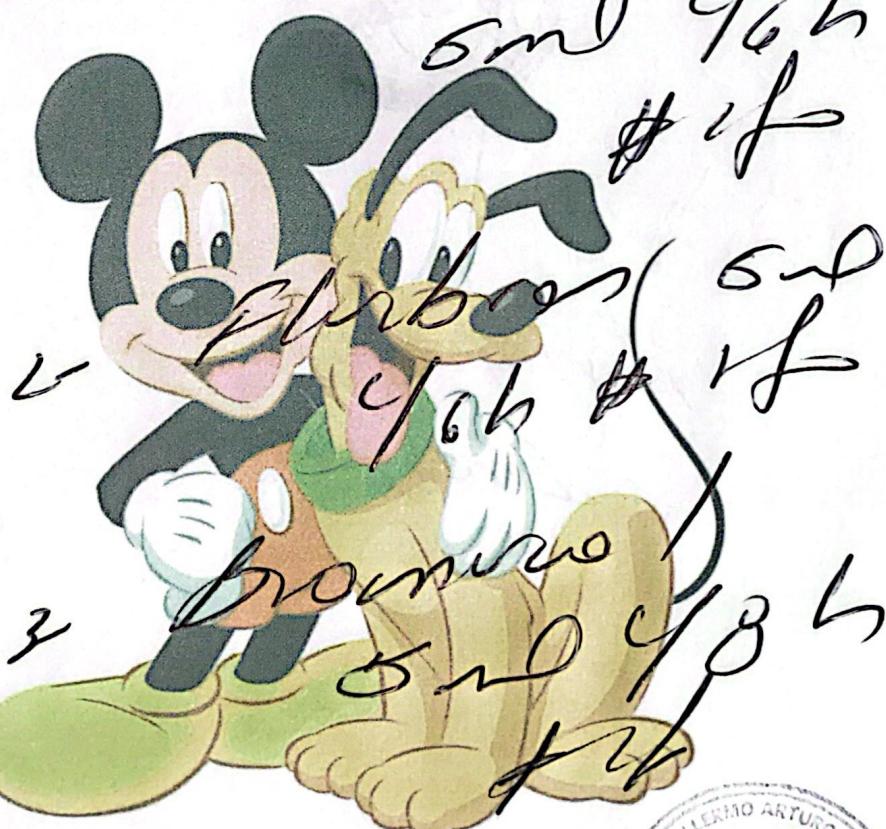
Lunes a Viernes
7:00 am - 12:00 pm
6:00 pm - 9:00 pm
Sábados
9:00 am - 3:00 pm

Fecha: 20/11/2011

Paciente: Ara Sofía Lugo

1 - doloroso Dx

6ml 4/6 h
\$ 18



LANCASCO
Vivir con salud
TE HACE BIEN, TE HACE MEJOR

NO CAMBIAR PRESCRIPCIÓN

Firma y Sello

Alceo - Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros

Dr. Guillermo Arturo Pinel Osorio

CERTIFICADO DE NACIMIENTO Y ADOLESCENCIA

Alceo - Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros

Certificado de Nacimiento y Adolescencia

Guillermo Arturo Pinel Osorio

Alceo - Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros

Guillermo Arturo Pinel Osorio



Guillermo
Pinel Osorio

Cuidar su salud es nuestra tarea
Colonia Las Torres, Primera Calle, al
lado de Bodegas Café Maya
legal@centroamericanconsulting.com

Farmacia del Ahorro No. 71
Residencial tres Caminos Calle Principal
Bloque G Tel.2235-4961,2231-1005 Call
Center 2276-4747 WhatsApp.9439-1717
RTN 08019003000364

FACTURA

074-001-01-00537862

28/11/2025

Hora:15:02:42

Cliente: Angela Maria Quintanilla Erazo

ANA SOFIA LAGOS QUINTANILLA

Cédula: 0801197808879

Cant	Precio	Unit	Total
Fluibron Jarabe, frasco 120ml	E		
001 + 472.29 - 70.84 =	401.45		
Muksolve DX Jarabe, frasco 120ml	E		
001 + 308.88 - 43.56 =	265.32		
Subtotal L.	781.17		
Descuentos y Rebajas			
Otorgadas - L.	114.40		
Importe Exonerado L.	0.00		
Importe Exento L.	666.77		
Importe Gravado 15% L.	0.00		
Importe Gravado 18% L.	0.00		
ISV 15% L.	0.00		
ISV 18% L.	0.00		
Total a Pagar L.	666.77		
Tarjeta L.	666.77		

Total en Letras: Seiscientos sesenta y
seis Lempiras con setenta y siete
centavos

Si usted comprara con Tarjeta
Promerica su ahorro seria de 80.01 mas!!!

AHORROPUNTOS Acumulados: 1070
AHORROPUNTOS en Factura: 33
AHORROPUNTOS Total: 1103
No. REGISTRO SAG: -----
No. REGISTRO EXONERADO: -----
No. ORDEN DE COMPRA EXENTA: -----
No. CARNET EXONERADO: -----
ORIGINAL CLIENTE COPIA CONTRIBUYENTE
EMISOR
¡Gracias Por Preferirnos! Copia
Obligado Tributario Emisor

C.A.I.:
2CB3B9-2D4860-AD16E0-63BE03-0909B2-9D
Rango Autorizado: 074-001-01-00496001 al
074-001-01-00546000
Fecha Limite de Emision: 2026-01-27

