

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA



Estimado Cliente:

PARA AGILITAR SU PROCESO DE REEMBOLSO LE PEDIMOS POR FAVOR REVISAR QUE TODO EL FORMULARIO ESTE DEBIDAMENTE LLENO POR PARTE DE SU MEDICO TRATANTE, ASI COMO QUE ADJUNTA TODOS LOS SOPORTES NECESARIOS, QUE ESTOS SON ORIGINALES Y CUMPLEN LOS REQUISITOS DE LEY

DATOS DEL RECLAMANTE

1. NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR
2. NOMBRE DEL BENEFICIARIO
3. NOMBRE DE LA EMPRESA O N° DE CONTRATO

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

4. NOMBRE DEL PACIENTE: SEXO M () F ()
5. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE DÍA MES AÑO

6. LA CONDICION ACTUAL DE PACIENTE SE DEBE A:

ENFERMEDAD EMBARAZO ACCIDENTE

7. MOTIVO DE CONSULTA

8. SÍNTOMAS MÁS RELEVANTES

9. FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS DÍA MES AÑO

PARA ENFERMEDAD EL INICIO DE LOS SINTOMAS, ACCIDENTE DE LA FECHA DE LA LESION, EMBARAZO FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION

10. ¿SE HA HECHO TRATAR EL PACIENTE ANTES POR ESTA CONDICIÓN? SI () NO ()
EN CASO AFIRMATIVO, CUANDO? DÍA MES AÑO

11. ANTECEDENTES CLÍNICOS/ QUIRURGICOS PERSONALES Y HALLAZGOS IMPORTANTES.

12. CODIGO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESION

1.

OTROS DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS 2. 3.

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION ARRIBA DETALLADA HA SIDO REVISADA POR MI PERSONA Y SE ENCUENTRA RESPALDADA EN LA HISTORIA CLINICA DEL CLIENTE, ASI COMO EN LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO E IMAGEN.

13. NOMBRE DEL MÉDICO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FECHA

14. NUMERO TOTAL DE FACTURAS VALOR TOTAL PRESENTADO

FECHA

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE