

FORMULARIO DE RECLAMACION DE ASISTENCIA MEDICA



PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE LIQUIDACION DE SU RECLAMO, TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

Cualquier información fraudulenta privará a usted de los beneficios del plan.

DECLARACION DEL RECLAMANTE

- 1 NOMBRE DE LA EMPRESA
- 2 NOMBRE DEL AFILIADO
- 3 NOMBRE DEL PACIENTE
- 4 EDAD DEL PACIENTE AA MM DD

SI HA CUMPLIDO 18 AÑOS, ES NECESARIO ADJUNTAR CERTIFICADO ACTUALIZADO DE ESTUDIOS, CERTIFICADO DE NO APOR-TACION AL IESS Y COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD.

- 5 RELACION DE FACTURAS (ADJUNTE TODOS LOS RECIBOS Y FACTURAS, ASI COMO ORDENES DE EXAMENES Y RECETAS):

RECIBO (S) DE HONORARIO (S) MEDICO (S)	\$
FACTURA HOSPITAL / CLINICA	\$
RECIBO (S) LABORATORIO	\$
FACTURA (S) FARMACIA	\$
OTROS	\$
VALOR TOTAL DEL RECLAMO	\$

6 MEDICOS CONSULTADOS	DIRECCION Y TELEFONO	FECHA CONSULTA
.....
.....
.....
.....

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE A MI LEAL SABER Y ENTENDER, LAS RESPUESTAS AQUI DADAS SON VERDADERAS, ADEMAS AUTORIZO A LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES QUE ME PRESTARAN ATENCION MEDICA, A PROPORCIONAR TODA LA INFORMACION REQUERIDA POR SALUDsa, EN LA PERSONA DE CUALQUIERA DE SUS FUNCIONARIOS.

..... FECHA FIRMA DEL AFILIADO FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE
----------------	-----------------------------	--

- 7 DECLARACION DEL MEDICO O CIRUJANO

NOMBRE DEL PACIENTE: SEXO: M () F () EDAD

DIAGNOSTICO ESPECIFICO DE LA ENFERMEDAD:

.....

.....

8 PERTENECE USTED AL CIRCULO SALUD SI () NO ()

9 EL AFILIADO LE PRESENTO SU TARJETA CORPORATIVA SALUD ? SI () NO ()

EN CASO DE HABER CIRUGIA, INDIQUE EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD CONGENITA?

SE DEBE SU CONDICION A EMBARAZO SI () NO () EN CASO AFIRMATIVO, DE LA FECHA APROXIMADA EN QUE SE INICIO EL EMBARAZO AÑO MES DIA

SE HA HECHO TRATAR EL PACIENTE ANTES POR ESTA CONDICION? SI () NO ()

INDIQUE LA FECHA: FECHA MES DIA

CITE LAS FECHAS DE CADA UNA DE LAS CONSULTAS Y EL VALOR POR CONSULTA

FECHA	VALOR
.....
.....
.....
.....
.....

NOMBRE DEL MEDICO FECHA :

FIRMA DEL MEDICO

SELLO DEL MEDICO

