

# FORMULARIO DE RECLAMACION

Para evitarles molestias y demoras innecesarias en la atención de su reclamo, por favor contestar todas y cada una de las preguntas de este formulario.

Cualquier solicitud fraudulenta privará inmediatamente al AFILIADO TITULAR Y/O DEPENDIENTE de los beneficios a que pudiera tener derecho.

## PARA SER LLENADO POR EL AFILIADO TITULAR

Por este medio SOLICITO, los beneficios a que tengo derecho, como resultado de los gastos incurridos:

POR MI \_\_\_\_\_ POR MI CONYUGE \_\_\_\_\_ POR MI HIJO (A) \_\_\_\_\_

NOMBRES COMPLETOS DEL AFILIADO TITULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRES COMPLETOS DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ESTUDIA: SI  NO

CENTRO DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ AÑO QUE CURSA: \_\_\_\_\_

### EN CASO DE ENFERMEDAD:

¿Cuándo comenzó el tratamiento actual? \_\_\_\_\_

Indique los síntomas de la enfermedad: \_\_\_\_\_

### EN CASO DE ACCIDENTE:

Fecha de ocurrencia: \_\_\_\_\_ Lugar de ocurrencia: \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

NOMBRES DEL MÉDICO CONSULTADO: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

ESTUVO ANTERIORMENTE HOSPITALIZADO O EN TRATAMIENTO POR ESTA ENFERMEDAD:

Si es afirmativo:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Nombre del Centro Hospitalario: \_\_\_\_\_

Fecha: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Dirección del Médico: \_\_\_\_\_ Dirección del Centro Hospitalario \_\_\_\_\_

INDIQUE SI USTED O SUS DEPENDIENTES TIENEN OTRO TIPO DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA.

Nombre de Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

CERTIFICO, que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verídicas y ajustadas a la realidad y autorizo a todos los doctores y a otras personas que me atendieron, y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos relacionados con la enfermedad, accidente y/o caso quirúrgico de que se trata ésta solicitud.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL AFILIADO TITULAR: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR NO OLVIDE ADJUNTAR ORIGINALES DE LAS FACTURAS QUE RESPALDAN ESTE FORMULARIO**

**PARA SER LLENADO POR EL CONTRATANTE**

CONTRATANTE:

NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR:

FECHA DE INCLUSIÓN:

PLAN:

FECHA:

Nombre del representante  
que llena la solicitud

Firma y Sello

**PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera consulta: \_\_\_\_\_ en hospital: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

ATENCIÓN BRINDADA; Ponga una "X" en el o los tipos de atención médica DETALLE DE CONSULTAS AMBULATORIA:

**HOSPITALIZACIÓN:**

FECHA

VALOR

POR ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

POR ENFERMEDAD NO QUIRÚRGICA: \_\_\_\_\_

POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: \_\_\_\_\_

POR MATERNIDAD \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO COMPLETO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO EFECTUADO: \_\_\_\_\_

DETALLE DE LOS EXÁMENES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

¿En su opinión puede tratarse de una enfermedad profesional o accidente de trabajo? \_\_\_\_\_

¿En su opinión cuándo se originó la causa básica de la enfermedad? \_\_\_\_\_

¿En su opinión se trata de una enfermedad congénita? \_\_\_\_\_

¿Ordenó interconsultas con otros profesionales? \_\_\_\_\_

¿En su opinión el paciente ha recuperado su salud o requiere continuar en tratamiento? \_\_\_\_\_

HONORARIOS DEL MÉDICO (Excluya anestesista o ayudantes) \_\_\_\_\_

Por hospitalización: \$ \_\_\_\_\_ Por total de consultas ambulatorias: \$ \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ADJUNTAR RESULTADOS DE EXÁMENES**