

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Plan Individual

Plan Corporativo

Pool

Si es un plan corporativo o pool, contratante: _____

Reclamo nuevo

Alcance

Detalle N°. Reclamo: _____

Lugar y fecha: _____

INFORMACIÓN DEL AFILIADO O TITULAR

Nombre del Titular: _____

Nombre del Paciente: _____ Parentesco: _____

INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y GASTOS

Accidente

Enfermedad

Si se trata de un accidente:

Describa cómo, dónde, cuándo y a qué hora sucedió:

Si se trata de una enfermedad:

Fecha de los primeros síntomas: _____ Fecha de primera visita al médico _____

Fecha de inicio del tratamiento: _____ ¿Hospitalización? Sí No

Nombre, especialidad, dirección y teléfonos de los médicos consultados:

DATOS DEL HOSPITAL O CLÍNICA EN EL QUE FUE INTERNADO

Nombre, dirección y teléfonos: _____

Fecha desde cuándo: _____ hasta cuándo: _____

CUENTA BANCARIA PARA REEMBOLSO

Nombre del Banco: _____ Tipo de cuenta: Ahorro

Nº. de cuenta: _____ Corriente

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Únicamente será válida la cuenta a nombre del titular.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi médico (s) tratante (s), hospitales, clínicas o cualquier otro profesional de la salud que me haya atendido, a proporcionar información sobre tratamientos recibidos, cirugías, hospitalizaciones o cualquier otra atención proporcionada incluyendo copias de historias clínicas, resultados de exámenes, etc. Esta autorización se refiere tanto a mi como titular del contrato como para cualquiera de mis dependientes afiliados al mismo.

DETALLE DE GASTOS PRESENTADOS

Rubros:

Honorarios médicos: _____

Facturas de farmacia: _____

Facturas de laboratorio clínico: _____

Facturas de imágenes: _____

Otras: _____

Total presentado: _____

de facturas

Valores

Emisor

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Apellidos y nombres del médico: _____

Teléfonos: _____

Apellidos y nombres del paciente: _____

Edad: _____

Diagnóstico completo: _____

Fecha de los primeros síntomas: _____

Fecha de la primera visita al médico: _____

¿Ordenó exámenes de laboratorio clínico? Sí No

¿Ordenó exámenes de imagen? Sí No

¿Ordenó hospitalización? Sí No ¿En qué hospital? _____

¿Ordenó interconsulta con médicos de otras especialidades? Sí No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, por favor indique la especialidad: _____

y nombre del médico: _____

¿Habrá cirugía? Sí No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿cuál será el procedimiento? _____

Fecha tentativa de ingreso: _____

Fecha tentativa de la cirugía: _____

¿Ordenó exámenes que ante el criterio del médico auditor de la compañía de medicina prepagada podrían no tener relación con el diagnóstico presentado? Sí No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique ¿cuáles y por qué? _____

Lugar y fecha: _____

Firma y sello de médico: _____

REQUISITOS A PRESENTAR ADJUNTOS A ESTA SOLICITUD

Originales de los siguientes documentos:

Facturas de honorarios médicos: _____

Facturas de medicina y la receta: _____

Facturas de exámenes clínicos de imagen y la orden médica _____

Facturas de gastos en clínicas u hospitales, desglosadas _____

Orden de exámenes, procedimientos, medicina, etc. _____

Resultados de exámenes _____

Historia clínica: _____

Protocolo operatorio: _____

Otros: _____