

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:
Describe 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 ☐
N°. 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:	# de facturas	Valores	Emisor
Honorarios médicos:	_____	_____	_____
Facturas de farmacia:	_____	_____	_____
Facturas de laboratorio clínico:	_____	_____	_____
Facturas de imágenes:	_____	_____	_____
Otras:	_____	_____	_____
Total presentado:	_____	_____	_____

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:	_____	<input type="checkbox"/>
Facturas de medicina y la receta:	_____	<input type="checkbox"/>
Facturas de exámenes clínicos de imagen y la orden médica	_____	<input type="checkbox"/>
Facturas de gastos en clínicas u hospitales, desglosadas	_____	<input type="checkbox"/>
Orden de exámenes, procedimientos, medicina, etc.	_____	<input type="checkbox"/>
Resultados de exámenes	_____	<input type="checkbox"/>
Historia clínica:	_____	<input type="checkbox"/>
Protocolo operatorio:	_____	<input type="checkbox"/>
Otros:	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>