

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SERVICIOS
TITULAR - NOMBRES Y
APELLIDOS: _____

PACIENTE - NOMBRES
Y APELLIDOS: _____

EMPRESA: _____

CONTRATO #: _____

FECHA: ____/____/____

PARENTESCO: _____

EDAD DEL PACIENTE: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

DATOS MÉDICOS - PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE -
(*) Campo de registro obligatorio - en caso de no estar completo, no se procesará el reembolso -
(*) HISTORIAL BREVE - INICIO REAL Y APARENTE DEL CUADRO -

(*) TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	_____
(*) DIAGNÓSTICO/S ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD:	1.- _____ 2.- _____

EN CASO DE ATENCIÓN POR EMBARAZO:
HA RECIBIDO ATENCIÓN PREVIA POR ESTA CAUSA?:
FUM: ____/____/____

Gestas _____ **Partos** _____
Cesáreas _____
Abortos _____

NO { }
SI { }

FECHA DE ATENCIÓN: ____/____/____

EN CASO DE ATENCIÓN POR ACCIDENTE:
FECHA DEL ACCIDENTE: ____/____/____

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: _____

FECHA DE LA ATENCIÓN: ____/____/____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:
PERTENECE A LA RED DE THS?
SI () **NO** ()

EL AFILIADO PRESENTÓ SU TARJETA?
SI () **NO** ()

NOMBRE DEL MÉDICO
FIRMA DEL MÉDICO
SELLO DEL MÉDICO
- DATOS PARA SER LLENADOS POR EL CLIENTE -
DETALLE DE SERVICIOS
RECIBIDOS:
Marque con una (X) todas las
CONSULTA EXTERNA ()

IMÁGENES ()

HOSPITALIZACIÓN ()

LABORATORIO ()

MEDICINAS ()

OTROS ()

#	Descripción del Gasto Realizado	Número de Factura	Valor en USD
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$

(*) Toda la información suministrada es verdadera, por lo cual autorizo a TRANSMEDICAL HEALTH SYSTEMS S.A. a solicitar a quien me haya asistido mediante sus servicios la información que consideren necesaria para la evaluación y trámite de este documento.

FIRMA DEL AFILIADO
FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONTRATA
FECHA DE PRESENTACIÓN (____/____/____) (día/mes/año)

Favor adjuntar:

* Copia de resultados de exámenes e informes relacionados con el diagnóstico.

* Facturas originales, válidas por el SRI cuya fecha de emisión no sea superior a 90 días con respecto de la fecha de presentación, a nombre del paciente o del Titular.

* Pedidos de exámenes o procedimientos con sello y firma del médico

Trámite:

* TRANSMEDICAL, procesará su solicitud y emitirá la liquidación y pago correspondiente dentro del plazo estipulado y en aplicación a lo definido en el contrato.

* TRANSMEDICAL, puede requerir información adicional para la evaluación de su caso. Este requerimiento le será comunicado oportunamente.