

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SERVICIOS

TITULAR - NOMBRES Y APELLIDOS: _____	FECHA: ____ / ____ / ____
PACIENTE - NOMBRES Y APELLIDOS: _____	PARENTESCO: _____
EMPRESA: _____	EDAD DEL PACIENTE: _____
CONTRATO #: _____	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?:	EN CASO DE ATENCIÓN POR ACCIDENTE:
FUM: _____ / _____ / _____ Gestas _____	Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____	NO SI { }	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 MEDICO	FIRMA DEL MEDICO	SELLO DEL MEDICO
-------------------	------------------	------------------

- 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

/ / / (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.