

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
 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"/>