

## Reclamación de Servicios Médicos

Autorización No.: \_\_\_\_\_

### Datos del Contratante

Nombre del Contratante \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

### Datos del Asegurado

Nombre Asegurado Principal \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### Datos del Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Declaración de Salud

1. ¿Tiene usted seguro en otra compañía?  SÍ  NO En caso afirmativo indicar el nombre de la compañía y el No. de póliza:

\_\_\_\_\_

2. Si la atención médica es a causa de accidente, indique fecha, hora, lugar y cómo sucedió: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Detalles: \_\_\_\_\_

3. En caso de accidente de auto, si el responsable es un tercero, indique: Nombre/Teléfono/Compañía:

\_\_\_\_\_

4. Si la atención médica es por enfermedad, indique la fecha de los primeros síntomas: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento médico por esta enfermedad?  SÍ  NO En caso afirmativo indique nombre del médico consultado y clínica: \_\_\_\_\_

6. Si la atención es a causa de embarazo, indique fecha de inicio: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del ginecólogo \_\_\_\_\_

### Datos del Médico Tratante

Nombres del Médico \_\_\_\_\_ Registro Médico y D.V. \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_ Modo de Pago:  Cheque  ACH (Debe haber completado un formulario previo)

Tipo de caso:  Consulta  Ambulatorio:  Consultorio  Hospital  Emergencia

Emisión de pago a nombre de (sello, RUC, DV) \_\_\_\_\_

Diagnóstico	Descripción				Código ICD-9
Dx. Principal					
Dx. Secundarios					
Dx. Secundarios					
Fecha	Lugar de Servicio	Código	Descripción del procedimiento	Valor Reclamado	Copago/Coaseguro

Indique los exámenes de laboratorio, RX o estudios especiales que usted ordenó: \_\_\_\_\_