

**FORMULARIO DE RECLAMACION AP ESCOLAR**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE O PROFESOR ASEGURADO:	DIRECCION DEL ESTUDIANTE O PROFESOR ASEGURADO:	FECHA DE NACIMIENTO:		
		DIA	MES	AÑO
NOMBRE DEL COLEGIO:	DIRECCION Y TELEFONO DEL COLEGIO:			
NUMERO DE IDENTIFICACION O CEDULA DEL ESTUDIANTE ASEGURADO:	DETALLE LA HORA, LUGAR Y COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LESION:	FECHA DEL ACCIDENTE O LESION:		

**A SER COMPLETADO POR EL MEDICO, HOSPITAL, ETC.**

DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS (INCLUIR CODIGO CPT)

**INFORME DE SERVICIOS**

Fecha de Servicio			* Lugar de Servicio	Descripción de Servicios Brindados	Número de Código - CPT (Terminología Procedimiento Corriente)	Cargos
Día	Mes	Año				

TOTAL DE CARGOS: B/. \_\_\_\_\_

**\*LUGAR DE SERVICIO:**

O - OFICINA DEL MEDICO      OH - PACIENTE AMBULATORIO      E - EMERGENCIA  
IH - PACIENTE HOSPITALIZADO      H - VISITA AL HOGAR      OL - OTRO LUGAR

NOMBRE DEL MEDICO (LETRA MOLDE):	FECHA:	REGISTRO MEDICO:
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:	CEDULA O R.U.C.:	
DIRECCION:	TELEFONO:	ESPECIALIDAD:

**FIRMA AUTORIZADA**

FIRMA (PACIENTE, PADRE O MADRE DEL ESTUDIANTE):

Nota: Es importante que el médico complete el formulario en la sección de diagnóstico y fecha de servicio para agilizar el proceso de pago del reclamo, la falta de esta información, implica la devolución inmediata del reclamo.