

## **FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA**

Estimado Cliente:

PARA AGILITAR SU PROCESO DE REEMBOLSO LE PEDIMOS POR FAVOR REVISAR QUE TODO EL FORMULARIO ESTE DEBIDAMENTE LLENO POR PARTE DE SU MÉDICO TRATANTE, ASÍ COMO QUE ADJUNTA TODOS LOS SOPORTES NECESARIOS, QUE ESTOS SON ORIGINALES Y CUMPLEN LOS REQUISITOS DE LEY

### **DATOS DEL RECLAMANTE**

1. NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR .....
2. NOMBRE DEL BENEFICIARIO .....
3. NOMBRE DE LA EMPRESA O N° DE CONTRATO .....

### **DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

4. NOMBRE DEL PACIENTE: ..... SEXO M F
5. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE DÍA..... MES..... AÑO.....
6. LA CONDICIÓN ACTUAL DE PACIENTE SE DEBE A:  
 ENFERMEDAD                          EMBARAZO                          ACCIDENTE
7. MOTIVO DE CONSULTA.....
8. SÍNTOMAS MÁS RELEVANTES .....

9. FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS DÍA..... MES..... AÑO.....

PARA ENFERMEDAD EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS, ACCIDENTE DE LA FECHA DE LA LESIÓN, EMBARAZO FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

10. ¿SE HA HECHO TRATAR EL PACIENTE ANTES POR ESTA CONDICIÓN? SI NO  
 EN CASO AFIRMATIVO, CUANDO? DÍA..... MES..... AÑO.....

11. ANTECEDENTES CLÍNICOS/ QUIRÚRGICOS PERSONALES Y HALLAZGOS IMPORTANTES.

12. CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN

1. ....

OTROS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS 2. .... 3. ....

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ARRIBA DETALLADA HA SIDO REVISADA POR MI PERSONA Y SE ENCUENTRA RESPALDADA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL CLIENTE, ASÍ COMO EN LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO E IMAGEN.

13. NOMBRE DEL MÉDICO .....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO .....

FECHA .....

14. NUMERO TOTAL DE FACTURAS ..... VALOR TOTAL PRESENTADO .....