



IGUALAS MÉDICAS
DEL ECUADOR S.A.

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL

DATOS PERSONALES:

A.- AFILIADO:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

B.- PACIENTE:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ EDAD: _____

C.- DIRECCIÓN: _____

D.- TELÉFONO: _____

CASA _____

OFICINA _____

DATOS DEL RECLAMO:

EN CASO DE ACCIDENTE: _____

E.- CÓMO SUCEDIÓ EL ACCIDENTE? _____

F.- LUGAR, FECHA Y HORA:

EN CASO DE ENFERMEDAD

G.- ENFERMEDAD: _____

H.- CUANDO INICIÓ EL TRATAMIENTO: _____

I.- NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO MÉDICO CONSULTADO: _____

J.- ESTUVO HOSPITALIZADO POR ESTA ENFERMEDAD: SI _____ NO _____

NOMBRE HOSPITAL / CLÍNICA: _____

FECHA DEL _____ AL _____

INFORMACION DEL MEDICO TRATANTE:

K.- NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

L.- DIAGNÓSTICO COMPLETO: _____

M.- FECHA DE LOS PRIMEROS SINTOMAS: _____

N.- FECHA DEL DIAGNOSTICO: _____

O.- SI ORDENO HOSPITALIZACION: FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE SALIDA: _____

P.- EN CASO DE CIRUGIA POR FAVOR DESCRIBIR EL O LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS COMPLETOS y POSIBLES COMPLICACIONES

Q.- DETALLE DE FECHA DE ATENCION AL PACIENTE

R.- ¿ATENCION AMBULATORIA?: VALOR DE CONSULTA _____

FECHA DE CADA CONSULTA _____

S.- ORDENO INTERCONSULTA CON OTROS PROFESIONALES? SI _____ NO _____

T.- NOMBRE DEL MEDICO DE INTERCONSULTA y ESPECIALIDAD: _____

U.- OBSERVACIONES: _____

NOTA: PARA TRATAMIENTOS NO CONVENCIONALES; EXPLIQUE EL PORQUE DEL TRATAMIENTO Y LOS EFECTOS SOBRE LA ENFERMEDAD DESCRITA Y EL TIEMPO DEL TRATAMIENTO.

FECHA: _____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____ No. TELF: _____

AUTORIZACION

Autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron y todas las clínicas e instituciones para que suministren a BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A., cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X correspondientes a esta reclamación.

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA DEL AFILIADO: _____

IMPORTANTE:

A esta solicitud usted deberá adjuntar los originales de los siguientes documentos:

Facturas de medicinas y laboratorios con sus respectivos pedidos médicos

Facturas de Honorarios Médicos

Planilla de clínica, factura con el desglose de todos y cada uno de los profesionales que intervienen en el caso (Cirujano, Anestesiista, Médico Ayudante, Radiólogo, Laboratorista)

Historia Clínica

Epicrisis

Protocolo Operatorio