FORMULARIO DE RECLAMACION DE ASISTENCIA MEDICA

Salud S.A.
Nos ocupamos de su salud

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE LIQUIDACION DE SU RECLAMO, TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.
Cualquier información fraudulenta privará a usted de los beneficios del plan.

DECLARACION DEL RECLAMANTE

1 NOMBRE DE LA EMPRESA .....

2 NOMBRE DEL AFILIADO .....

3 NOMBRE DEL PACIENTE .....

4 EDAD DEL PACIENTE AA ..... MM ..... DD .....

SI HA CUMPLIDO 18 AÑOS, ES NECESARIO ADJUNTAR CERTIFICADO ACTUALIZADO DE ESTUDIOS, CERTIFICADO DE NO APORTACION AL IESS Y COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD.

5 RELACION DE FACTURAS (ADJUNTE TODOS LOS RECIBOS Y FACTURAS, ASI COMO ORDENES DE EXAMENES Y RECETAS):

RECIBO (S) DE HONORARIO (S) MEDICO (S)	$ . .....
FACTURA HOSPITAL / CLINICA	$ . .....
RECIBO (S) LABORATORIO	$ . .....
FACTURA (S) FARMACIA	$ . .....
OTROS	$ . .....
VALOR TOTAL DEL RECLAMO	$ . .....

6

MEDICOS CONSULTADOS	DIRECCION Y TELEFONO	FECHA CONSULTA

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE A MI LEAL SABER Y ENTENDER, LAS RESPUESTAS AQUI DADAS SON VERDADERAS, ADEMAS AUTORIZO A LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES QUE ME PRESTARAN ATENCION MEDICA, A PROPORCIONAR TODA LA INFORMACION REQUERIDA POR SALUDsa, EN LA PERSONA DE CUALQUIERA DE SUS FUNCIONARIOS.

FECHA	FIRMA DEL AFILIADO	FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

7 DECLARACION DEL MEDICO O CIRUJANO

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... SEXO: M ( ) F ( ) EDAD .....

DIAGNOSTICO ESPECIFICO DE LA ENFERMEDAD: .....

8 PERTENECE USTED AL CIRCULO SALUD SI ( ) NO ( )

9 EL AFILIADO LE PRESENTO SU TARJETA CORPORATIVA SALUD ? SI ( ) NO ( )

EN CASO DE HABER CIRUGIA, INDIQUE EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: .....

SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD CONGENITA? .....

SE DEBE SU CONDICION A EMBARAZO SI ( ) NO ( ) EN CASO AFIRMATIVO, DE LA FECHA APROXIMADA EN QUE SE INICIO EL EMBARAZO ..... AÑO ..... MES ..... DIA .....

SE HA HECHO TRATAR EL PACIENTE ANTES POR ESTA CONDICION? SI ( ) NO ( )

INDIQUE LA FECHA: FECHA ..... MES ..... DIA .....

CITE LAS FECHAS DE CADA UNA DE LAS CONSULTAS Y EL VALOR POR CONSULTA

FECHA	VALOR

NOMBRE DEL MEDICO ..... FECHA :

FIRMA DEL MEDICO .....

SELLO DEL MEDICO .....

ISO 9001:2000 SGS
UKAS QUALITY MANAGEMENT 005
ISO 9001 : 2000
Sistema de Gestión de Calidad Certificado