



**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