



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

DATOS PERSONALES:

A.- AFILIADO:

APELLIDOS Y NOMBRES _____

B.- PACIENTE:

APELLIDOS Y NOMBRES _____ EDAD: _____

DATOS DEL CONTRATANTE:

C.- NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

D.- FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____

E.- NÚMERO DE CONTRATO: _____

FECHA: _____ FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA: _____

DATOS DEL RECLAMO:

EN CASO DE ACCIDENTE

F.- LUGAR, FECHA Y HORA: _____

G.- CÓMO SUCEDIÓ EL ACCIDENTE?

EN CASO DE ENFERMEDAD

H.- ENFERMEDAD: _____

I.-NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO: _____

J.- ESTUVO HOSPITALIZADO: SI _____ DEL _____ AL _____
HOSPITAL / CLÍNICA: _____
NO _____

INFORMACION DEL MEDICO TRATANTE:

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

L.- FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: _____

M.- DIAGNOSTICO COMPLETO:

N.- FECHA DE ATENCION AL PACIENTE: _____

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

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

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, Radlólogo, Laboratorista)

Historia Clínica

Epicrisis

Protocolo Operatorio