

## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Plan Individual       Plan Corporativo       Pool   
 Si es un plan corporativo o pool, contratante: \_\_\_\_\_  
 Reclamo nuevo   
 Alcance       Detalle N°. Reclamo: \_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO O TITULAR

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_      Parentesco: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y GASTOS

Accidente       Enfermedad

**Si se trata de un accidente:**

Describe cómo, dónde, cuándo y a qué hora sucedió:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Si se trata de una enfermedad:**

Fecha de los primeros síntomas: \_\_\_\_\_ Fecha de primera visita al médico: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_ ¿Hospitalización?      Sí       No

Nombre, especialidad, dirección y teléfonos de los médicos consultados:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### DATOS DEL HOSPITAL O CLÍNICA EN EL QUE FUE INTERNADO

Nombre, dirección y teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha desde cuándo: \_\_\_\_\_ hasta cuándo: \_\_\_\_\_

### CUENTA BANCARIA PARA REEMBOLSO

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:      Ahorro

N°. de cuenta: \_\_\_\_\_      Corriente

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Únicamente será válida la cuenta a nombre del titular.**

### AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi médico (s) tratante (s), hospitales, clínicas o cualquier otro profesional de la salud que me haya atendido, a proporcionar información sobre tratamientos recibidos, cirugías, hospitalizaciones o cualquier otra atención proporcionada incluyendo copias de historias clínicas, resultados de exámenes, etc. Esta autorización se refiere tanto a mi como titular del contrato como para cualquiera de mis dependientes afiliados al mismo.

### DETALLE DE GASTOS PRESENTADOS

| Rubros:                          | # de facturas            | Valores | Emisor |
|----------------------------------|--------------------------|---------|--------|
| Honorarios médicos:              | _____                    | _____   | _____  |
| Facturas de farmacia:            | _____                    | _____   | _____  |
| Facturas de laboratorio clínico: | _____                    | _____   | _____  |
| Facturas de imágenes:            | _____                    | _____   | _____  |
| Otras:                           | _____                    | _____   | _____  |
|                                  | <b>Total presentado:</b> | _____   | _____  |

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Apellidos y nombres del médico: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Apellidos y nombres del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico completo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de los primeros síntomas: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la primera visita al médico: \_\_\_\_\_  
 ¿Ordenó exámenes de laboratorio clínico? Sí  No   
 ¿Ordenó exámenes de imagen? Sí  No   
 ¿Ordenó hospitalización? Sí  No  ¿En qué hospital? \_\_\_\_\_  
 ¿Ordenó interconsulta con médicos de otras especialidades? Sí  No   
 En caso de que su respuesta sea afirmativa, por favor indique la especialidad: \_\_\_\_\_  
 y nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 ¿Habrá cirugía? Sí  No   
 En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿cuál será el procedimiento? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha tentativa de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha tentativa de la cirugía: \_\_\_\_\_

¿Ordenó exámenes que ante el criterio del médico auditor de la compañía de medicina prepagada podrían no tener relación con el diagnóstico presentado? Sí  No   
 En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique ¿cuáles y por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Firma y sello de médico: \_\_\_\_\_

### REQUISITOS A PRESENTAR ADJUNTOS A ESTA SOLICITUD

Originales de los siguientes documentos:

|   |       |                          |
|---|-------|--------------------------|
| Facturas de honorarios médicos:                           | _____ | <input type="checkbox"/> |
| Facturas de medicina y la receta:                         | _____ | <input type="checkbox"/> |
| Facturas de exámenes clínicos de imagen y la orden médica | _____ | <input type="checkbox"/> |
| Facturas de gastos en clínicas u hospitales, desglosadas  | _____ | <input type="checkbox"/> |
| Orden de exámenes, procedimientos, medicina, etc.         | _____ | <input type="checkbox"/> |
| Resultados de exámenes                                    | _____ | <input type="checkbox"/> |
| Historia clínica:   | _____ | <input type="checkbox"/> |
| Protocolo operatorio:                                     | _____ | <input type="checkbox"/> |
| Otros:  | _____ | <input type="checkbox"/> |
| _____   | _____ | <input type="checkbox"/> |
| _____   | _____ | <input type="checkbox"/> |