

DECLARACIÓN DE RECLAMOS



PLAN DE AUTOGESTIÓN DE SALUD Y PREVISION 2010

PARA SER LLENADO POR EL TITULAR

Es indispensable para la tramitación de su reclamo la presentación de FACTURAS ORIGINALES PAGADAS que cumplan con las disposiciones del SENIAT. Si desea la devolución de las facturas originales, debe anexar fotocopias de las mismas.

LLENAR EN LETRA DE MOLDE	Tipo de Reclamo: Emergencia <input type="checkbox"/> Carta Aval <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/>		
Apellidos y Nombres del Titular:			
Unidad Educativa:		Código:	
Apellidos y Nombres del Beneficiario	Cédula de Identidad	Nacimiento	
	V	Día	Mes
	E	Año	Relación con el Titular
Si el beneficiario que recibe el servicio tiene otra Cobertura o Póliza de HCM o Accidentes con otra Empresa, favor indicar:	Nombre del Prestador del Servicio:		Fecha de Contratación:

Nombre del Centro Hospitalario			Teléfono	
Nombres y Apellidos del Paciente		Edad	Sexo	
			M	F
			V	
			E	
INGRESO	EGRESO	N° FACTURA	MONTO Bs.	
Día	Mes	Año	Sello y Firma:	
Día	Mes	Año		

NOTA: En caso de accidente favor anexar carta narrativa del mismo, donde conste lugar y fecha de ocurrencia, causa, nombre y teléfonos de testigos si los hubiere, informe de Organismos Oficiales que intervinieron, cualquier otra información que nos permita verificar la veracidad del mismo.

Firma del Titular: _____

Nombre y Apellido: _____

Cédula de Identidad: _____

Firma del Beneficiario: _____

Nombre y Apellido: _____

Cédula de Identidad: _____

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Causa de la Atención Médica: <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/>		Enfermedad <input type="checkbox"/>		Accidente <input type="checkbox"/>				
Tratamiento efectuado: <input type="checkbox"/> Médico Quirúrgico <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cirugía Menor Mayor <input type="checkbox"/> Cirugía		Tipo de Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Raquídea <input type="checkbox"/> Troncular				
Diagnóstico de Ingreso:								
Diagnóstico definitivo o de Egreso:								
Fecha de la Enfermedad Actual			Considera usted profesionalmente que la enfermedad actual es consecuencia de otra padecida anteriormente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique fecha de la enfermedad anterior y especifique:					
Primera Consulta		Inicio de los Síntomas						
Día	Mes	Año				Día	Mes	Año
Hubo exploraciones Radiológicas		Estudio de Anatomía Patológica		AGRADECEMOS ANEXAR LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Objetivo del Tratamiento: <input type="checkbox"/> Cura Radical <input type="checkbox"/> Corrección de Defecto Congénito <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Cura Paliativa <input type="checkbox"/> Corrección de Defecto Adquirido <input type="checkbox"/> Cirugía Cosmética <input type="checkbox"/> Otro _____								
Llenar en caso de Maternidad: <input type="checkbox"/> Parto Normal <input type="checkbox"/> Parto con Forceps <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Se efectuó esterilización: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRES		APELLIDOS		CÉDULA DE IDENTIDAD	
Firma del Médico		Código Colegio de Médicos	M.S.A.S.	Fecha	

Estimado doctor Incluir en este espacio informe medico detallado de la enfermedad, Intervención quirúrgica y hospitalización (si el espacio es insuficiente favor utilizar un anexo)

Documentos requeridos: Fotocopia C.I. del Titular o Beneficiario paciente, partida de nacimiento (menor de edad), Informe medico, Informe de la autoridades que intervinieron en el hecho (Accidente) originales facturas canceladas (clínica, Médicos, Farmacia, Laboratorio, RX, resonancias, tomografías etc.)