

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS PLAN DE SALUD

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO

NOMBRE DEL CONTRATANTE		CONTRATO N°	CERTIF. N°
VENEZOLANO DE CREDITO			
NOMBRE DEL TITULAR	CÉDULA DE IDENTIDAD N°	FECHA DE OCURRENCIA	TELÉFONO
NOMBRE DEL PACIENTE	CÉDULA DE IDENTIDAD N°	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
			PARENTESCO

En caso de Maternidad, ¿Desea incluir al recién nacido bajo la cobertura de la póliza?

SI NO

Nombre del recién nacido: _____

Certifico que las facturas anexas son auténticas:

Autorizo al médico tratante y a la institución hospitalaria para que suministre a PARSALUD, C.A. cuanta información solicite, así como copias exactas de sus archivos relativos al paciente.

_____ FIRMA DEL TITULAR

_____ LUGAR Y FECHA

PARA SER LLENADO POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		N° DE RIF.	TELÉFONO	
FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	FACTURA N°	MONTO DE LA FACTURA	LUGAR Y FECHA

_____ CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA
(Sello y Firma Autorizada)

**PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE
DATOS DEL RECLAMO**

CAUSAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA.	MÉDICO	QUIRÚRGICO	ACCIDENTE	MATERIDAD
DIAGNÓSTICO DE INGRESO				
<p align="center">DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE EGRESO; TRATAMIENTO E INFORME MÉDICO DETALLADO</p>				
Considera usted que la enfermedad sufrida por el paciente es consecuencia de otra padecida con anterioridad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
HUBO EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRES	APELLIDOS	CÉDULA DE IDENTIDAD O RIF.
FIRMA DEL MÉDICO	CÓDIGO COLEGIO DE MÉDICOS	FECHA

NOTA: LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE SE CONSIDERE NECESARIO PARA LA TRAMITACIÓN DE SU RECLAMO, SI LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA NO ES VERDADERA, NO SE PROCESARÁ EL CASO.