

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.

LLENAREN LETRA DE MOLDE			Tipo de Reclamo: Emergencia <input type="checkbox"/> Carta Aval <input type="checkbox"/>				
Apellidos y Nombres del Titular:							
Unidad Educativa:				Código:			
Apellidos y Nombres del Beneficiario		Cédula de Identidad		Nacimiento		Relación con el Titular	
		V		Día	Mes		Año
		E					
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		Cédula de Identidad	
				M	F	V	
						E	
INGRESO		EGRESO		N° FACTURA	MONTO Bs.		Sello y Firma:
Día	Mes	Año	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: _____

Firma del Beneficiario: _____

Nombre y Apellido: _____

Nombre y Apellido: _____

Cédula de Identidad: _____

Cédula de Identidad: _____

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Causa de la Atención Médica:		Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>				
Maternidad <input type="checkbox"/>							
Tratamiento efectuado: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cirugía Menor <input type="checkbox"/> Cirugía Mayor	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					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
AGRADECEMOS ANEXAR LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES							
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 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.)