



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

FECHA

Día	Mes	Año

Por Reembolso

Por Emergencia

Por Anticipo

Por Carta Aval

1.- PARA SER LLENADO POR EL TITULAR

CONTRATANTE:	APELLIDOS Y NOMBRES DEL TITULAR:	CÉDULA DE IDENTIDAD:
LUGAR - FECHA DE OCURRENCIA:	TELÉFONO DE UBICACIÓN:	SUCURSAL Y/O FILIAL:

2.- DATOS DEL BENEFICIARIO AFECTADO

APELLIDOS Y NOMBRES:		CÉDULA DE IDENTIDAD:	PARENTESCO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL: SOLTERO: <input type="checkbox"/> CASADO: <input type="checkbox"/> DIVORCIADO: <input type="checkbox"/> VIUDO: <input type="checkbox"/>	OCCUPACIÓN ACTUAL:

causa de la atención médica: Enfermedad: () Maternidad: () Accidente: ()	Si recibió anteriormente asistencia médica por el mismo motivo, dé detalles e indique nombre del médico tratante y fecha de atención: _____ _____ _____	En caso de accidente, deberá anexar carta narrativa indicando lugar y fecha de ocurrencia del hecho, radiografías pre-operatorias y post-operatorias si las hubo.
---	--	---

DECLARO QUE LAS INFORMACIONES QUE ANTECEDEN SON VERIDICAS Y EXACTAS. AUTORIZO A TODOS LOS MEDICOS, PERSONAS AFINES E INSTITUCIONES HOSPITALARIAS QUE HAYAN ATENDIDO AL BENEFICIARIO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, A PROPORCIONARLE A **MaKLeR Administradora, C.A.**, LAS INFORMACIONES QUE ESTA CONSIDERE NECESARIAS PARA UNA MEJOR EVALUACIÓN DEL CASO.

En _____, el día _____, del mes de _____ de _____

FIRMA DEL TITULAR

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

3.- PARA SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MEDICO TRATANTE.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO TRATANTE:	ESPECIALIDAD	Nº M.S.A.S	Nº C.M.
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:	TELÉFONO:		
Nº HISTORIA MEDICA:	CAUSA DE LA ATENCIÓN MÉDICA: ENFERMEDAD () MATERNIDAD () ACCIDENTE ()	TRATAMIENTO EFECTUADO: MÉDICO () QUIRÚRGICO ()	
FECHA DE INGRESO:	DIAGNÓSTICO DE INGRESO:		
¿REQUIRIR HOSPITALIZACIÓN? SI () NO ()	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O DE EGRESO:		

3.1.- MATERNIDAD

FECHA DEL PARTO:	PARTO NORMAL	PARTO CON FÓRCEPS	GEMELAR
	CESAREA	ABORTO	
¿DESEA INCLUIR AL RECIEN NACIDO EN EL PLAN? Si _____ No _____	APELLIDOS Y NOMBRES DEL RECIEN NACIDO:		SEXO: F () M ()

ESTIMADO DOCTOR: POR FAVOR REDACTE UN INFORME DETALLADO QUE AGILIZARÁ LA TRAMITACIÓN DEL RECLAMO DE SU PACIENTE.

4.- PARA SER LLENADO POR LA CLINICA U HOSPITAL

YO _____ PERSONA AUTORIZADA COMO DIRECTOR O ADMINISTRADOR DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA
DENOMINADA _____ EN LA CIUDAD _____ TELÉFONO: _____ CON LA AUTORIZACIÓN DEL
MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL N° _____ DE FECHA _____ RIF N° _____ Y CODIGO DE AFILIACIÓN N°
_____ HAGO CONSTAR QUE LOS GASTOS QUE SE DETALLAN EN FACTURA N° _____ SON EXACTAMENTE LOS QUE INCURRIO EN ESTE CENTRO EL
PACIENTE _____ CON MOTIVO DE SU TRATAMIENTO POR _____
_____ FUE HOSPITALIZADO EL _____ DE _____ DE _____ A LAS HORAS: _____
FIRMA DEL DIRECTOR O ADMINISTRADOR _____

PARA PROCEDER CON EL TRAMITE DEL RECLAMO ES INDISPENSABLE PRESENTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

EN TODOS LOS CASOS

FORMA "DECLARACIÓN DE RECLAMOS" COMPLETAMENTE LLENA POR EL AFILIADO, LA CLINICA Y EL MÉDICO.

FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE LAS MISMAS, LEGALMENTE ACEPTABLES, DEBIDAMENTE CANCELADAS, CON N° DE RIF.

INFORME MEDICO TRATANTE.

RADIOGRAFIAS, INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA, BIOPSIAS, EXAMENES DE LABORATORIOS Y DEMAS DOCUMENTOS QUE CONTRIBUYAN AL ANÁLISIS DEL CASO.

FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE LAS MISMAS, LEGALMENTE ACEPTABLES, DEBIDAMENTE CANCELADAS, DE GASTOS POR MEDICINAS DONDE SE ESPECIFIQUEN EL NOMBRE DE LAS MISMAS, RESPALDADAS CON SUS RECIPES MEDICOS.

EN CASO DE ACCIDENTE, CARTA NARRATIVA INDICANDO FECHA, LUGAR Y CIRCUNSTANCIAS EN LAS CUALES SE PRODUJO EL HECHO.

EN CASO DE MATERNIDAD

PRESENTAR EN FORMA CONJUNTA : FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE LAS MISMAS, LEGALMENTE ACEPTABLES DEBIDAMENTE CANCELADAS, POR GASTOS DE CONSULTAS PRE Y POST- NATALES, ECOSONOGRAMAS, PARTO NORMAL, CESÁREA, ABORTO ESPONTÁNEO.

PARA CASOS AMBULATORIOS Y EN LOS CASOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN QUE LOS HONORARIOS MEDICOS NO ESTEN INCLUIDOS EN LA FACTURA GLOBAL

FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE LAS MISMAS, LEGALMENTE ACEPTABLES, DEBIDAMENTE CANCELADAS CON N° DE RIF, POR CONCEPTO DE HONORARIOS.

PARA CASOS FACTURADOS EN EL EXTERIOR

FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE LAS MISMAS, LEGALMENTE ACEPTABLES, DEBIDAMENTE CANCELADAS E INFORME MÉDICO AMPLIO.

Av. Río Caura, Torre Empresarial Humboldt, Nivel Terraza, Oficina 01, Prados del Este, Caracas. Teléfonos: (58-212) 975-29-44