

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MEDICOS Y DENTAL



SECCIÓN A – PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Estimado asegurado tomar nota que para evitar demoras innecesarias al momento de solicitar un servicio médico es indispensable la siguiente información, se les agradece completarla con letra clara.

Nombre del Asegurado Titular							
Teléfono:	No.de Cédula/DPI	Correo electrónico:					
Datos del paciente:	Asegurado titular <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Hijo (a) <input type="checkbox"/>	Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Edad
Nombre completo del paciente:							Teléfono/Celular
Estado civil	Ocupación	Fecha de nacimiento					
Póliza		Certificado	Reclamo:	Inicial <input type="checkbox"/>	Complemento <input type="checkbox"/>	P. Convencional <input type="checkbox"/>	P. Directo <input type="checkbox"/>
Si su reclamo es complemento, indique:		Diagnóstico	No. Reclamo				
Nombre del padre, madre o tutor (en caso de Póliza de Accidentes Personales Escolar)							
Fecha de nacimiento	No. de Cedula/DPI,	NIT	Teléfono 1	Teléfono 2			
<small>Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y facturas adquiridas son verificadas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, instituciones y otros para que suministren a SEGUROS G&T S.A cualquier información. Incluyendo copias exactas de sus archivos (expedientes del paciente), exámenes de laboratorios, ultrasonidos y rayos X etc. Pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.</small>							
Firma de la Persona Autorizada:				Fecha:			

SECCIÓN B – PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Si su reclamo es complemento, indique:		Diagnóstico	
Nombre de La Empresa:			
Nombre del empleado asegurado:		Fecha de Ingreso de póliza	
Nombre del dependiente por el cual se presenta la reclamación:		Fecha de Ingreso de póliza	
Trabajaba el empleado en esta empresa: cuando inicio la incapacidad		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si es NO identificar donde:
Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo: <input type="checkbox"/>
Se recomienda que se pague esta reclamación:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Porque:
Firma de la Persona Autorizada		Sello de Empresa Contratante:	Fecha:

SECCIÓN C – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE Ú ODONTOLOGO

Nombre completo del paciente:		Edad:	
Fecha de la primera consulta:	Diagnóstico completo y descripción del tratamiento:		
Esta incapacidad es de origen: Accidente <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Tiempo de evolución de la incapacidad:	Fecha primera de consulta:	Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada:	
Nombre del hospital:	Fecha Admisión:	Fecha de Egreso:	
¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o ha recibido tratamiento médico por esta condición? Especifique.			
Si es por Dental, favor indique si la causa es por: Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>		Fecha:	
Si es por Embarazo, favor indique: FUR / DIA / MES / AÑO FPP / DIA / MES / AÑO		Tratamiento Suministrado:	
Observaciones:			
Nombre del Médico Tratante:	Especialidad:	Teléfono Clínica:	Celular:
Firma del Médico Tratante	Sello del Médico	Fecha:	



SECCIÓN D – SOLICITUD DE PAGO DIRECTO

Nombre del proveedor afiliado

HOSPITALIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnósticos ya realizados. Indique el (los) procedimientos (s)

	CÓDIGO
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____

Honorarios del cirujano: _____ Honorarios Ayudante: _____
Honorarios del Anestesiista: _____ Otros: _____
Observaciones _____

EXÁMENES ESPECIALES, RADIOLOGÍA, LABORATORIOS

<input type="checkbox"/> Cistoureoscopia	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Electroencefalograma
<input type="checkbox"/> Electromiograma	<input type="checkbox"/> Gastroscofia	<input type="checkbox"/> Mamografía	<input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo
<input type="checkbox"/> Resonancia Magnética	<input type="checkbox"/> Tomografía	<input type="checkbox"/> Ultrasonido	<input type="checkbox"/> Otros (Especifique) <input type="checkbox"/>

1 _____	5 _____	9 _____	13 _____
2 _____	6 _____	10 _____	14 _____
3 _____	7 _____	11 _____	15 _____
4 _____	8 _____	12 _____	16 _____

MEDICAMENTOS

Nombre del proveedor afiliado

	Medicamentos	Presentación (Gg, Tab, Susp, etc.)	Principio Activo	Dosis (mg, gr, ml, etc.)	Posología (BID, TID, QID, etc.)	Dias	Cantidad Aprobada
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

SECCIÓN E – TRATAMIENTO DENTAL (APLICA REMBOLSO Y PAGO DIRECTO)

Nombre del Odontólogo	NIT	Email
Dirección		
Fecha primera visita / Fecha de fin de tratamiento	Tel 1	Tel 2 No. Colegiado

Use el orden indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o exámen realizado

Marque Piezas trabajadas	Diente No.	Superficie	Descripción del Servicio	Fecha del Servicio	Cargo	Para Uso Administrativo		
						FASE I	FASE II	FASE III
FACIAL DERECHA SUPERIOR IZQUIERDA INFERIOR FACIAL								

Observaciones

Firma y Sello del Dentista