FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GÁSTOS MÉDICOS Y DENTAL

SECCIÓN A – PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Estimado asegurado tomar nota que para evitar demoras inncesarias 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 ☐ Cónyuge ☐ Hijo (a) ☐ Sexo F ☐ M ☐ | Edad

Nombre completo del paciente: | Teléfono/Celular

Estado civil | Ocupación | Fecha de nacimiento DIA / MES / AÑO

Póliza | Certificado | Reclamo: Inicial ☐ Complemento ☐ P. Convencional ☐ P. Directo ☐

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 DIA / MES / AÑO | No. de Cedula/DPI, | NIT | Teléfono 1 | Teléfono 2

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.

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 DIA / MES / AÑO

Nombre del dependiente por el cual se presenta la reclamación: | Fecha de Ingreso de póliza DIA / MES / AÑO

Trabajaba el empleado en esta empresa: cuando inicio la incapacidad SI ☐ NO ☐ | Si es NO identificar donde:

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad SI ☐ NO ☐ | Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo: ☐

Se recomienda que se pague esta reclamación: SI ☐ NO ☐ | 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: DIA / MES / AÑO / HORA | Diagnóstico completo y descripción del tratamiento:

Esta incapaciad es de origen: Accidente ☐ Adquirido ☐ Dental ☐ Congénito ☐ Embarazo ☐

Tiempo de evolución de la incapacidad: | Fecha primera de consulta: DIA / MES / AÑO | Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada: DIA / MES / AÑO

Nombre del hospital: | Fecha Admisión: DIA / MES / AÑO / HORA | Fecha de Egreso DIA / MES / AÑO / HORA

¿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 ☐ Enfermedad ☐ | Fecha: DIA / MES / AÑO

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:

SEGUROS G&T

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 Anestesista: _____ Otros: _____

Observaciones _____

EXÁMENES ESPECIALES, RADIOLOGÍA, LABORATORIOS

Cistouretoscopia ☐	Colonoscopia ☐	Electrocardograma ☐	Electroencefalograma ☐
Electromigrama ☐	Gastroscopia ☐	Mamografía ☐	Prueba de Esfuerzo ☐
Resonancia Magnética ☐	Tomografía ☐	Ultrasonido ☐	Otros (Especifique) ☐

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						

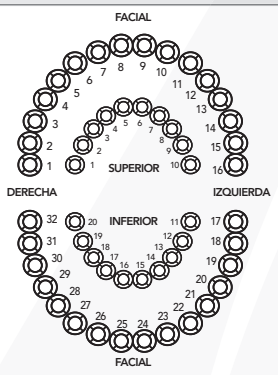
SECCIÓN E – TRATAMIENTO DENTAL (APLICA REMBOLSO Y PAGO DIRECTO)

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 Administrativos FASE I	FASE II	FASE III
								

Observaciones

Firma y Sello del Dentista