

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	
DIA / MES / AÑO	
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	
DIA / MES / AÑO	
<small>Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y facturas adjuntas son verificadas y correctas, 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 (especieles del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonidos y rayos X etc. Pertencientes a este reclamo. Quedo 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
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 <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 ODONTÓLOGO

Nombre completo del paciente:	
Edad:	
Fecha de la primera consulta:	Diagnóstico completo y descripción del tratamiento:
DIA / MES / AÑO / HORA	
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:
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 <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> 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:	



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)

1	CÓDIGO
2	
3	

Honorarios del cirujano: _____

Honorarios Ayudante: _____

Honorarios del Anestesta: _____

Otros: _____

Observaciones _____

EXÁMENES ESPECIALES, RADIOLOGÍA, LABORATORIOS

Cistoureoscopia

Colonoscopia

Electrocardiograma

Electroencefalograma

Electromiograma

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)	Días	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 /

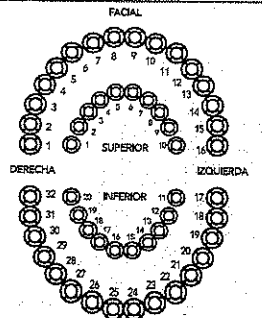
Fecha de fin de tratamiento

Tel 1

Tel 2 No.

Colegiado

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

Marque piezas trabajadas 	Diente No.	Superficie	Descripción del Servicio	Fecha del Servicio	Cargo	Para Uso Administrativo		
						FASE I	FASE II	FASE III

Observaciones

Firma y Sello del Dentista