

NOMBRE DE LA EMPRESA TOMADORA DEL PLAN			FECHA
INFORMACIÓN PERSONAL			
Nombre	2do Nombre	1er Apellido	2do Apellido
NOMBRE DEL RECLAMANTE (PACIENTE)			
Nombre	2do Nombre	1 er Apellido	2do Apellido
TELÉFONO	No de cuenta cliente IBAN para pago del reclamo	E-mail	

**ESTE RECLAMO SE REFIERE A:**

- Accidente Si  No
- Enfermedad Si  No
- Reclamo presentado por primera vez Si  No
- Medicamento de uso prolongado Si  No
- Laboratorios de seguimiento de tratamiento inicial Si  No
- Rayos X de seguimiento de tratamiento inicial Si  No
- Otros Si  No

Estuvo hospitalizado Si  No

Cuándo ocurrió el accidente o enfermedad

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Describe la enfermedad \_\_\_\_\_

Describe el accidente \_\_\_\_\_

Nombre completo del médico que le atendió \_\_\_\_\_

Hospital o clínica \_\_\_\_\_

**RESUMA SUS GASTOS**

Medicamentos recetados: ₡ _____	Ambulancia: ₡ _____
Consultas médicas: ₡ _____	Laboratorios: ₡ _____
Gastos de hospital: ₡ _____	Rayos X: ₡ _____
Otros gastos: ₡ _____	Total: ₡ _____

**ESPACIO PARA SER COMPLETADO SOLAMENTE PARA RECLAMOS POR ACCIDENTES PERSONALES**

Fecha del Accidente

Día	Mes	Año	Hora

En caso de accidente de tránsito: ¿Hubo parte de tránsito? Si  No  En caso afirmativo favor adjuntar a este formulario el parte de tránsito. Indique el diagnóstico, los síntomas o lesiones por los cuales está haciendo el reclamo. Asimismo indicar el lugar y las circunstancias del mismo:

Favor incluir los siguientes documentos: recibos originales y diagnósticos. En caso de desmembramiento, favor presentar los Rayos X del miembro afectado.

**"CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA ES CORRECTA".**

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, y otros que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a **MEDITAS SALUD MSD S.A.**"

Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente \_\_\_\_\_  
 día mes año

# DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Estimado doctor, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

Nombre del paciente			Fecha de nacimiento		
Nombre	1er Apellido	2do Apellido	día	mes	año

DIAGNÓSTICO

¿Cuándo se iniciaron los síntomas de esta condición? \_\_\_\_\_

El tratamiento se debe a una condición pre- existente:    Si     No

Si lo hay, indique el nombre del(los) médico(s) que ha tratado al paciente por alguna(s) condición(es) relacionada(s) a ésta

Explique el procedimiento realizado al paciente actualmente: \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio o rayos X que se ordenaron, explique: \_\_\_\_\_

Cuáles medicamentos va a recetar: \_\_\_\_\_

¿El paciente va a requerir una incapacidad? ¿Explique?: \_\_\_\_\_

## DETALLE DE COSTOS:

DESCRIPCIÓN	FECHA DE ATENCIÓN	COSTO	CPT
TOTALES			

## Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mí corresponden a los servicios que he prestado.

_____ Nombre y Sello	_____ Firma del Médico	_____ No. de Identificación
_____ Dirección/Teléfono	_____ Fecha	_____ Correo Electrónico