

NOMBRE DE LA EMPRESA TOMADORA DEL PLAN			FECHA

INFORMACIÓN PERSONAL			
Nombre	2do Nombre	1er Apellido	2do Apellido

NOMBRE DEL RECLAMANTE (PACIENTE)			
Nombre	2do Nombre	1er 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
<p>En caso de accidente de tránsito: ¿Hubo parte de tránsito? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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:</p>			

Favor incluir los siguientes documentos: recib Titularos originales diagnosticos. 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