Roble asegura tu salud

Formulario Único de Reclamación para Gastos Médicos y Dental **No.**
Pago Convencional y Pago Directo

SECCIÓN A - PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Datos del paciente: Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Edad _____

Nombre completo del paciente: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____ Fecha de nacimiento ___ ___ ___ (DÍA MES AÑO)

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

Si su reclamo es complemento, indique: Diagnóstico _____ No. Reclamo: _____

Nombre del asegurado titular _____

Teléfono: _____ No. Cédula/DPI: _____ Correo electrónico: _____

Si el reclamo es de una póliza de Accidentes Personales de Plan Escolar, indicar nombre del Padre o Encargado del Alumno a quién se debe emitir el cheque: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas, según mi leal saber y entender, y autorizó a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus registros clínicos) pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del Artículo 915 del Código de Comercio "Extinción de Responsabilidad", que indica, si con el fin de hacer incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones o no se remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, la Compañía de Seguros quedará desligada de sus obligaciones.

_____ Fecha ___ ___ ___ (DÍA MES AÑO)
FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

SECCIÓN B - PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

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

Si el reclamo es complemento, indicar: Diagnóstico: _____ No. Reclamo: _____

Nombre de la empresa: _____

Nombre del empleado asegurado: _____ Fecha de vigencia ___ ___ ___ (DÍA MES AÑO)

Nombre del dependiente: _____ Fecha de vigencia ___ ___ ___ (DÍA MES AÑO)

Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo Sí ☐ No ☐

Nombre de quien autoriza: _____ Cargo: _____

_____ _____ Fecha ___ ___ ___ (DÍA MES AÑO)
FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE

SECCIÓN C - PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

Nombre completo del paciente: _____ Edad _____

Fecha de la primera consulta: _____

Diagnóstico completo: _____

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

Tiempo de evolución de la incapacidad: _____

Si es por ***Dental***, favor indique si la causa es por: Accidente ☐ Enfermedad ☐ Fecha ___ ___ ___ (DÍA MES AÑO)

Si es por ***Embarazo***, favor indique: F.U.R. _____ F.P.P. _____

Tratamiento suministrado: _____

Indique fecha en que atendió al paciente: _____

Si realizó cirugía, haga descripción de la misma e indique en que hospital: _____

Quedará el paciente con algún impedimento o secuela de la incapacidad reportada Sí ☐ No ☐

Tiempo de incapacidad: _____

¿Cuándo estima que el paciente quedará curado? _____

Nombre del médico Tratante u odontólogo: _____

Especialidad: _____ Colegiado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ _____ Fecha ___ ___ ___ (DÍA MES AÑO)
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

Roble asegura tu salud **Codo reclamo de consulta y/o procedimiento en clínica | Pago Directo** **No.**

COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE / ASEGURADO / EMPRESA

Datos del Paciente: ☐ Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo (a) Sexo: ☐ M ☐ F Edad: _____

Nombre completo del paciente: _____ Póliza: _____ Certificado: _____

Diagnóstico completo: _____

Procedimiento efectuado: _____

Fechas de consulta: _____

Firma Médico Tratante | Sello del Médico Tratante | Firma del Asegurado | Firma/Sello de la Empresa

SECCIÓN C - PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO (Continuación)

EXCLUSIVO PARA PAGO DIRECTO

Para evitar demoras en el proceso de aprobación, favor completar con letra legible y de molde.

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 diagnóstico ya realizados.

	Indique el (los) Procedimiento(s)	**Código**
1		
2		
3		

Honorarios Cirujano _____ Honorarios Ayudante _____

Honorarios Anestesista _____ Otros _____

Observaciones: _____

Exámenes Especiales, Radiología, Laboratorios

Nombre del Proveedor Afiliado _____

Cistouretroscopia ☐	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 _____

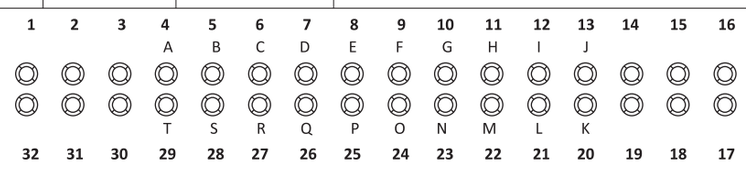
Medicamentos

Nombre del Proveedor Afiliado _____

	Medicamento	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							
8							

Tratamiento Dental (Aplica para Pago Convencional y Pago Directo)

FECHA	DIENTE	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CARGO	USO ADMINISTRATIVO I	II	III



TOTALES			
DEDUCIBLES			
BALANCE			
BENEFICIOS %			
PAGO TOTAL			

_____ FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

_____ SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO