

Broker:

 Empresa:
Para ser llenado por el Titular
Datos de Identificación

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titular: nombres y apellidos completos	No. C.I. / Pasaporte	Teléfonos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beneficiario: nombres y apellidos completos	Parentesco	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de ingreso a Inmedical <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	No. de contrato <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	dd-mm-aa	

Para ser llenado por el contratante

Nombre de la empresa:

Fecha de ingreso: / /

Firma y sello de la empresa

Para ser llenado por médico tratante
Datos clínicos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médico tratante: (nombre y apellido)	Teléfonos
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnóstico: (código y descripción)	Firma y sello No. Colegio Médico
Sintomatología y/o Antecedentes clínicos: _____	

En caso de que la paciente esté embarazada, cuando fue la fecha de la última menstruación: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
dd-mm-aa	
Que tipo de procedimiento y/o tratamiento se realizará (y su código): _____	

Fecha programada de intervención: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
(en caso de existir)	dd-mm-aa
Clinica / Hospital <input type="text"/>	No. dcos adjuntos <input type="text"/>
Nombre de la Clínica / Hospital	No. facturas adjuntas <input type="text"/>

Confirmando que la presente declaración es verdadera y auténtica, autorizo a los médicos, personas que me atendieron y a las clínicas e instituciones hospitalarias, a suministrar la información necesaria, incluyendo la historia clínica completa. De comprobarse irregularidades u omisiones de la información enviada, acepto perder mis beneficios para este reembolso, por lo que firmo.

Cobertura de preexistencias?	SI: Monto	Saldo	No
Pre. Anteriores:			
Pre. X Dg. Actual:			
Auditoría médica			
Aprobado			
Negado			
Devolución provisional:			

Firma y sello de auditor/a médico

Firma del paciente

Lugar y fecha

REQUISITOS:

Deberá adjuntar los documentos originales de:

- Facturas de honorarios médicos
- Facturas de medicinas (con respectiva receta médica)
- Facturas de laboratorio (con pedidos médicos y copia de resultados)

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN:

- Factura de clínica (con desgloses de suministros, exámenes, habitación, etc.)
- Factura de honorarios médicos por cada uno de los profesionales médicos cirujano, anestesiólogo, ayudante, pediatra, etc.)
- Historia clínica completa
- Protocolo de cirugía (en caso de aplicar)