

4. DETALLE DE FACTURAS PRESENTADAS

Firmo la presente solicitud de reembolso, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de de comprobarse falsedad en la información suministrada acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

Ciudad: _____

PACIENTE: Si es menor de edad firma el Titular FIRMA DEL TITULAR

C.I. _____ C.I. _____ Fecha: _____

Oficinas en la que deseo retirar mi reembolso: Norte Sur

5. ANTECEDENTES MÉDICOS (A ser llenado por médico tratante)

Nombre del médico tratante : _____ C.I / R.U.C. _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Fecha de Inicio: _____ CIE 10 _____

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas de esta enfermedad? Fecha: _____

Antecedentes clínicos quirúrgicos: _____

Causa de la primera vez que el paciente lo consultó : _____

La enfermedad actual es producto de: Accidente Embarazo Congénita Otros

En caso de embarazo F.U.M Fecha: _____

Si practicó algún procedimiento sírvase describirlo: _____

_____ Fecha: _____

Si practicó algún tipo de tratamiento sírvase describirlo: _____

_____ Fecha: _____

Se presentaron complicaciones: Sí No ¿Cuáles? _____

El paciente tenía conocimiento de esta enfermedad: Sí No Se trata de una enfermedad : Crónica Aguda

Como médico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los Respaldos médicos tanto de exámenes complementarios, de apoyo , diagnóstico, así como la Copia de la Historia Clínica, si fueran requeridos por parte de PLAN VITAL VITALPLAN S.A

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

6. PARA USO EXCLUSIVO DE AUDITORIA MÉDICA PLAN VITAL

APROBADO:

NEGADO:

DEVOLUCIÓN:

OBSERVACIONES

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO AUDITOR
NOMBRE:

CIE 10 Y CPT