

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS Y DENTAL



## SECCIÓN A – PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Estimado asegurado tomar nota que para evitar demoras innecesarias al momento de solicitar un servicio médico es indispensable la siguiente información, se les agradece completarla con letra clara.

Nombre del Asegurado Titular			
Teléfono:	No.de Cédula/DPI	Correo electrónico:	
Datos del paciente: Asegurado titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Edad			
Nombre completo del paciente:			Teléfono/Celular
Estado civil	Ocupación	Fecha de nacimiento D I A / M E S / A Ñ O	
Póliza	Certificado	Reclamo: Inicial <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/> P. Convencional <input type="checkbox"/> P. Directo <input type="checkbox"/>	
Si su reclamo es complemento, indique:	Diagnóstico	No. Reclamo	
Nombre del padre, madre o tutor ( en caso de Póliza de Accidentes Personales Escolar)			
Fecha de nacimiento D I A / M E S / A Ñ O	No. de Cedula/DPI,	NIT	Teléfono 1 Teléfono 2
<small>Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y facturas adquiridas son verificadas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, instituciones y otros para que suministren a SEGUROS G&amp;T S.A cualquier información. Incluyendo copias exactas de sus archivos (expedientes del paciente), exámenes de laboratorios, ultrasonidos y rayos X etc. Pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.</small>			
Firma de la Persona Autorizada:		Fecha:	

## SECCIÓN B – PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Si su reclamo es complemento, indique:	Diagnóstico	
Nombre de La Empresa:		
Nombre del empleado asegurado:	Fecha de Ingreso de póliza D I A / M E S / A Ñ O	
Nombre del dependiente por el cual se presenta la reclamación:	Fecha de Ingreso de póliza D I A / M E S / A Ñ O	
Trabajaba el empleado en esta empresa: cuando inicio la incapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es NO identificar donde:		
Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo: <input type="checkbox"/>	
Se recomienda que se pague esta reclamación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Porque:	
Firma de la Persona Autorizada	Sello de Empresa Contratante:	Fecha:

## SECCIÓN C – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE Ú ODONTOLOGO

Nombre completo del paciente:		Edad:	
Fecha de la primera consulta: D I A / M E S / A Ñ O / H O R A	Diagnóstico completo y descripción del tratamiento:		
Esta incapacidad es de origen: Accidente <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Tiempo de evolución de la incapacidad:	Fecha primera de consulta: D I A / M E S / A Ñ O	Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada: D I A / M E S / A Ñ O	
Nombre del hospital:	Fecha Admisión: D I A / M E S / A Ñ O / H O R A	Fecha de Egreso: D I A / M E S / A Ñ O / H O R A	
¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o ha recibido tratamiento médico por esta condición? Especifique.			
Si es por Dental, favor indique si la causa es por: Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>	Fecha: D I A / M E S / A Ñ O		
Si es por Embarazo, favor indique: FUR / D I A / M E S / A Ñ O	FPP / D I A / M E S / A Ñ O	Tratamiento Suministrado:	
Observaciones:			
Nombre del Médico Tratante:	Especialidad:	Teléfono Clínica:	Celular:
Firma del Médico Tratante	Sello del Médico	Fecha:	



## SECCIÓN D – SOLICITUD DE PAGO DIRECTO

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 diagnósticos ya realizados. Indique el (los) procedimientos (s)

	CÓDIGO
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____

Honorarios del cirujano: \_\_\_\_\_ Honorarios Ayudante: \_\_\_\_\_

Honorarios del Anestesiista: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

### EXÁMENES ESPECIALES, RADIOLOGÍA, LABORATORIOS

Cistoureoscopia <input type="checkbox"/>	Colonoscopia <input type="checkbox"/>	Electrocardiograma <input type="checkbox"/>	Electroencefalograma <input type="checkbox"/>
Electromiograma <input type="checkbox"/>	Gastroscopia <input type="checkbox"/>	Mamografía <input type="checkbox"/>	Prueba de Esfuerzo <input type="checkbox"/>
Resonancia Magnética <input type="checkbox"/>	Tomografía <input type="checkbox"/>	Ultrasonido <input type="checkbox"/>	Otros (Especifique) <input type="checkbox"/>
1 _____	5 _____	9 _____	13 _____
2 _____	6 _____	10 _____	14 _____
3 _____	7 _____	11 _____	15 _____
4 _____	8 _____	12 _____	16 _____

### MEDICAMENTOS

Nombre del proveedor afiliado \_\_\_\_\_

Medicamentos	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						

## SECCIÓN E – TRATAMIENTO DENTAL (APLICA REMBOLSO Y PAGO DIRECTO)

Nombre del Odontólogo \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha primera visita / Fecha de fin de tratamiento \_\_\_\_\_ Tel 1 \_\_\_\_\_ Tel 2 No. \_\_\_\_\_ Colegiado \_\_\_\_\_

Use el orden indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o exámen realizado

Marque Piezas trabajadas	Diente No.	Superficie	Descripción del Servicio	Fecha del Servicio	Cargo	Para Uso Administrativos		
						FASE I	FASE II	FASE III

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Dentista