inmedical®
COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA Y PREVENTIVA

· Ecuador · Perú
· Paraguay · Bolivia

FORMULARIO DE REEMBOLSO

Broker: _____ Empresa: _____

Para ser llenado por el Titular

Datos de Identificación

Titular: (nombres y apellidos completos) _____ No. C.I. / Pasaporte _____ Teléfonos / /

Beneficiario: (nombres y apellidos completos) _____ Parentesco _____ Edad _____ Teléfonos / /

Fecha de ingreso INMEDICAL: / / (dd / mm / aa) No. de Contrato: / /

Para ser llenado por el Contratante

Nombre de la Empresa: _____

Fecha de Ingreso: / / (dd / mm / aa)

Firma y sello de la empresa

Para ser llenado por Médico Tratante

Datos Clínicos

Médico Tratante: (nombre y apellido) _____ Télefonos / /

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: / / (dd / mm / aa)

Que tipo de procedimiento y/o tratamiento se realizará (y su código): _____

Fecha programada de intervención: / / (dd / mm / aa)
(en caso de existir)

Clínica / Hospital _____
nombre del hospital / clínica

No. dctos adjuntados _____ No. facturas adjuntadas _____

Confirmo 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
- Pree. Anteriores:			
- Pree. X Dg. Actual:			
Auditoría médica			
Aprobado			
Negado			
Devolución provisional:			

Firma y sello de auditor/a médico

Firma del Paciente _____ Lugar y Fecha _____

REQUISITOS:

DEBERA 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)