

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR ASEGURADO

DATOS DEL ASEGURADO Y DEL PACIENTE	
1. Contratante:	2. Póliza No.
	3. Certificado:
4. Nombre completo del Asegurado Titular:	
5. Nombre completo del paciente	6. Parentesco con el titular:
	Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/>
7. Fecha de nacimiento	8. Correo electrónico y número de contacto al que desea se notifique la resolución:
Día: _____ Mes: _____ Año: _____	Correo:
	No. de contacto:
CAUSAS DE LA RECLAMACIÓN	
9. Causa de los gastos:	11. Total de las facturas presentadas para reembolso: \$ _____
Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>	
10. En caso de accidente, favor describir brevemente: _____	

	_____ Lugar y fecha _____ Firma de asegurado

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR MÉDICO TRATANTE

1. Nombre del paciente	2. Edad	3. Sexo
4. Fecha del servicio:	5. Motivo de la consulta:	
6. Diagnóstico principal	7. Diagnósticos secundarios	
8. La condición del paciente se debe a:	_____ Firma y sello de médico tratante	
Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>		
9. Según su opinión, si es por enfermedad, ¿cuándo se iniciaron los primeros síntomas?		
10. Si es por accidente, ¿En qué fecha ocurrió?	Correo electrónico:	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____	Números de contacto:	

Favor anexar:

orden de exámenes, receta médica, resultados de estudios, exámenes de laboratorio y/o gabinete, y reporte operatorio en caso de cirugías.