

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

RNC: 1-01-86442-7

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL					
Primer nombre			Segundo nombre		
Primer apellido			Segundo apellido		
Nombre de la empresa			No. de contrato		
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
No. de cédula	Celular	Teléfono		E-mail	
Dirección					

DATOS DEL PACIENTE					
Primer nombre			Segundo nombre		
Primer apellido			Segundo apellido		
Cédula			Teléfono		
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Parentesco con el afiliado principal		Usted <input type="checkbox"/>	Esposo (a) <input type="checkbox"/>	Hijo (a) <input type="checkbox"/>	Otro _____

Si está afiliado asegurado por algún otro plan, favor completar a continuación	
Nombre del afiliado principal	Número del otro contrato
Nombre de la otra ARS	Teléfono
Dirección	

Para ser completado exclusivamente por el asegurado. (En caso de requerir espacio adicional incluya una hoja.)

¿Como y cuando comenzó su condición? Favor describir síntomas y condición detalladamente desde el comienzo. En caso de accidente describa como y cuando sucedió el accidente. (Favor incluir la fecha exacta de ser posible)

¿Ha sido usted tratado o ha tenido el mismo tipo de condición anteriormente? Sí No

Favor nombrar los doctores con sus teléfonos y los hospitales que ha visitado con respecto a esta condición.

Enliste las enfermedades y accidentes que haya experimentado en los últimos cinco años. (Favor describa el nombre de cada medicamento utilizado para la referida condición, fecha y el nombre y teléfono del medico tratante)

FACTURAS Y/O COMPROBANTES DE PAGO

Detalle a continuación las facturas y/o comprobantes de pagos suministrados por los proveedores y anexe a esta reclamación los originales de las mismas. En caso de poseer resultados de laboratorios, pruebas de imágenes e informes médicos, favor anexarlos.

Nombre del Proveedor	Servicio	Desde	Hasta	Costo

Nota: Declaro que toda información que contiene este formulario es correcta y verídica bajo mi mejor conocimiento. Yo autorizo a cualquier médico, profesionales en áreas de la salud, hospital, clínica, facilidad o centro de salud, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguro, administradora de riesgo de salud, grupo de póliza, empleado o administrador de plan de beneficio, a tener información, advertencia, tratamiento, diagnosis o prognosis de alguna condición física o mental, de estado financiero, estado de empleo o del nombre de asegurado abajo, a revelar esta información a ARS HUMANO y/o International Managed Care Services (IMCS) o cualquier agente o administrador de la misma compañía.

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización si así lo requiero. Una copia de este documento es valida. Esta autorización es valida por 24 meses después de la fecha firmada.

Escriba su nombre en letra de molde

Firma del asegurado o representante legal

Fecha

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.