

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SERVICIOS

TITULAR - NOMBRES Y APELLIDOS: _____	FECHA: ____/____/____
PACIENTE - NOMBRES Y APELLIDOS: _____	PARENTESCO: _____
EMPRESA: _____	EDAD DEL PACIENTE: _____
CONTRATO #: _____	TELÉFONO DE CONTACTO: _____

DATOS MÉDICOS - PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE -

(*) Campo de registro obligatorio - en caso de no estar completo, no se procesará el reembolso -

(*) HISTORIAL BREVE - INICIO REAL Y APARENTE DEL CUADRO -	
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
(*) TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	
(*) DIAGNÓSTICO/S ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD:	1.- _____ 2.- _____

EN CASO DE ATENCIÓN POR EMBARAZO:	HA RECIBIDO ATENCIÓN PREVIA POR ESTA CAUSA?:	EN CASO DE ATENCIÓN POR ACCIDENTE:
FUM: ____/____/____ Gestas: Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____	NO () SI () FECHA DE ATENCIÓN: ____/____/____	FECHA DEL ACCIDENTE: ____/____/____ LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: _____ FECHA DE LA ATENCIÓN: ____/____/____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:	PERTENECE A LA RED DE THS?	EL AFILIADO PRESENTÓ SU TARJETA?
	SI () NO ()	SI () NO ()

NOMBRE DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO

SELLO DEL MEDICO

- DATOS PARA SER LLENADOS POR EL CLIENTE -

DETALLE DE SERVICIOS RECIBIDOS:	CONSULTA EXTERNA ()	IMÁGENES ()	HOSPITALIZACIÓN ()
Marque con una (X) todas las	LABORATORIO ()	MEDICINAS ()	OTROS ()

#	Descripción del Gasto Realizado	Número de Factura	Valor en USD
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$
		#	\$

(*) Toda la información suministrada es verdadera, por lo cual autorizo a TRANSMEDICAL HEALTH SYSTEMS S.A. a solicitar a quien me haya asistido mediante sus servicios la información que consideren necesaria para la evaluación y trámite de este documento.

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONTRATA

FECHA DE PRESENTACIÓN (día/mes/año)

Favor adjuntar:	Trámite:
* Copia de resultados de exámenes e informes relacionados con el diagnóstico. * Facturas originales, válidas por el SRI cuya fecha de emisión no sea superior a 90 días con respecto de la fecha de presentación, a nombre del paciente o del Titular. * Pedidos de exámenes o procedimientos con sello y firma del médico	* TRANSMEDICAL, procesará su solicitud y emitirá la liquidación y pago correspondiente dentro del plazo estipulado y en aplicación a lo definido en el contrato. * TRANSMEDICAL, puede requerir información adicional para la evaluación de su caso. Este requerimiento le será comunicado oportunamente.