

B.M.I. VENEZUELA

Formulario de Reclamación del Servicio de Salud

• **Muy Importante** • Este Formulario de Reclamación debe ser completado en todas sus partes, en letra de molde con tinta o bolígrafo, o a máquina de escribir, sin tachadura o correcciones. Toda reclamación deberá ser acompañada de las facturas originales.
 B.M.I. Venezuela, no procesará el reclamo que no cumpla los requisitos exigidos, hasta tanto no se completen.

I. PARA SER CONTESTADO POR EL TITULAR

Contratante:	Nº. de Certificado:
Apellidos y Nombres del Titular:	
Cédula de Identidad Nº: V = / E =	Fecha de Elaboración:
Apellidos y Nombres del Paciente:	
Cédula de Identidad Nº: V = / E =	Parentesco con el titular:
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA):	Sexo: M = / F =
En caso de Accidente, Describalo:	
Fecha del Accidente (DD/MM/AA):	Lugar Exacto de Ocurrencia:
Causa:	
Nombre de un Testigo del Accidente:	
Telefonos:	Dirección:
En caso de tratamiento por Enfermedad, Intervención Quirúrgica o Maternidad, Describa la Dolencia:	
¿Si ha habido alumbramiento, desea incluir en el Plan al Recién Nacido? S: = / N: =	
Nombre Completo del Recién Nacido:	

Certifico que las respuestas que anteceden son ciertas y que las facturas adjuntas son auténticas y corresponden a la reclamación del siniestro aquí declarado; así mismo autorizo a B.M.I. Venezuela a recabar cualquier información médica o no, con las personas o instituciones que han atendido al paciente.

Lugar y Fecha: _____ / _____ / _____ Firma del Titular: _____

Así mismo yo, _____, beneficiario de este reclamo, autorizo a los médicos e instituciones que me han atendido ahora y en el pasado a suministrar cualquier información, incluyendo copia exacta de sus archivos, exámenes de laboratorio, radiografías u otros exámenes que les fueren solicitados.

Lugar y Fecha: _____ / _____ / _____ Firma del Beneficiario: _____

(Si el Titular y Beneficiario son las mismas personas, éste deberá firmar ambas autorizaciones)

2. INFORME MEDICO (PARA SER LLENADO Y FIRMADO ÚNICAMENTE POR EL MEDICO)

El suscrito _____, Médico Especialista en _____ en el ejercicio legal de su profesión, con Cédula de Identidad N° _____, certificado MSAS N° _____ e inscrito en el Colegio de Médicos de _____ en la Ciudad de _____ con Teléfono N° _____, hago constar que he atendido en la Calidad de Médico Tratante a: _____ con Cédula de Identidad N° _____, por haber presentado: _____

_____, cuyos primeros síntomas aparecieron el _____ habiendo consultado conmigo por primera vez el _____ cuando fue referido por: _____; así mismo, hago constar que le fue practicado el siguiente tratamiento: _____

en la Clínica /Hospital _____, el día _____, motivo por el cual el paciente debió permanecer en dicha Institución desde el día _____ hasta el _____ fecha en que fue dado de alta en _____ condiciones generales.

Si durante la hospitalización se requirieron los servicios de otros médicos consultantes, nómbralos:

Dr. _____ Especialidad: _____ Consultado por: _____
Dr. _____ Especialidad: _____ Consultado por: _____

SEGUN LA ANAMNESIS:

¿Es esta consecuencia directa o indirecta de una padecida anteriormente? Sí / No . Explique: _____

¿Es esta afección producto de un accidente? Sí / No Fecha del accidente: _____ y descripción: _____

SEGUN EL PROTOCOLO QUIRURGICO:

Fecha de la Intervención: _____ Duración aproximada de la intervención: _____ Horas

Tipo de Intervención:

Electiva Cirugía Mayor Cirugía Plástica Cirugía Correctora de Defecto Congénito
Emergencia Cirugía Menor Cirugía Cosmética Cirugía Correctora de Defecto Adquirido

Si hubo complicaciones, esperadas o inesperadas durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio, describalas: _____

Descripción del resultado de Anatomía Patológica (imprescindible anexarla)

Nombre del Patólogo: _____ Fecha del Informe Patológico: _____

SEGUN EL PROTOCOLO DE MATERNIDAD (PARTO O CESAREA):

Fecha del Parto: ____/____/____ Sexo: F / M Tipo de Parto: Parto Normal Parto con Fórceps
Parto con Cesárea Otro

Si hubo complicaciones, esperadas o inesperadas durante el parto o en el puerperio, describalas: _____

Exido este informe a solicitud del interesado a fin de ser presentado a B.M.I. Venezuela

Firmado en _____, a los _____ del mes de _____ de _____

Firma del medico