



FORMULARIO DE RECLAMACION

Fecha

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Nº de Clave: Nº de Carta Aval

Por Reembolso: Por Emergencia: Por Carta Aval:

PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE

Nombre de la Empresa Contratante:		Ente:
Apellidos del Titular:	Nombre del Titular:	Ced. de Identidad Nº:

DATOS DEL PACIENTE QUE RECIBIO EL SERVICIO MEDICO

Apellidos:	Nombre:	Ced. de Identidad Nº:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:	Parentesco:
Causa de la Atención Médica: Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> (*)Accidente <input type="checkbox"/> (*) en caso de accidente anexar carta narrativa.					

Declaro que las informaciones que anteceden son verídicas y exactas. Autorizo a todos los médicos, personas afines e instituciones hospitalarias, que hayan atendido al beneficiario de los servicios prestados, a proporcionarles a SAPREVEN, PLANES DE SALUD C.A. Las informaciones que esta considere necesarias para una mejor evaluación de este caso.

En _____ el día _____ del mes _____ de _____

Firma del Titular

Firma del Beneficiario:

Firma y Sello de la Empresa

DATOS HOSPITALARIOS

Institución:							
Nº de Rif.:	Representante:	Fecha de Ingreso del Paciente:		Fecha de Egreso del Paciente:			
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Monto de Gastos Clínicos: _____							
Honorarios Profesionales. _____ Nº de Factura: _____							
Ciudad y Fecha: _____ / _____ / _____							
Firma del Representante:						Sello de la Clínica.	

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE

Causa de la Atención Médica:		Tratamiento Efectuado:		¿Requirio Hospitalización?	Síntomas:
Enfermedad <input type="checkbox"/>	Maternidad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>	Médico <input type="checkbox"/>	Quirujico <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diagnóstico de Ingreso:					
Diagnóstico Definitivo o de Egreso:					

