

Fecha de Declaración: ___/___/___

Fecha de Recepción: ___/___/___

Nro. de evento: _____

DECLARACIÓN DE RECLAMOS

PLAN DE SALUD

Es indispensable para la tramitación de su reclamo la presentación de FACTURAS ORIGINALES PAGADAS que cumplan con las disposiciones del SENIAT. Si desea la devolución de las facturas originales, debe anexar fotocopias de las mismas.

PARA SER LLENADO POR EL TITULAR

PARA SER LLENADO POR EL CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA

Tipo de Reclamo: Emergencia <input type="checkbox"/> Carta Aval <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/>											
Nombre del Centro Hospitalario								Teléfono			
Nombres y Apellidos del Paciente						Edad		Sexo		Cédula de Identidad	
								M		F	
										V	
										E	
INGRESO			EGRESO			N° FACTURA		MONTO Bs.		Sello y Firma:	
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año						
Nombre de la filial donde labora											
Nombres y Apellidos del Titular						Cédula de Identidad		Teléfono			
						V					
						E					
Dirección Actual del Titular								Estado			
Nombres y Apellidos del Beneficiario						Cédula de Identidad		Nacimiento			Relación con el Titular
						V		Día			Mes
						E		Año			
Si el beneficiario que recibe el servicio tiene otra Cobertura o Póliza de HCM o Accidentes con otra Empresa, favor indicar:						Nombre de la Compañía de Seguros:				Fecha de Contratación:	

NOTA: En caso de accidente favor anexar carta narrativa del mismo, donde conste lugar y fecha de ocurrencia, causa, nombre y teléfonos de testigos si los hubiere, informe de Organismos Oficiales que intervinieron, cualquier otra información que nos permita verificar la veracidad del mismo.

Por este medio declaro que toda la información que antecede es correcta, exacta y verdadera, las cuales son la base para el cálculo de las indemnizaciones a que hubiera lugar e igualmente autorizo a todos los Médicos, Instituciones Hospitalarias, Clínicas, personas afines u otras instituciones que me hayan atendido, para que suministres sin reservas a **SEGUNET24, C.A.**, las informaciones y soportes que esta considere necesaria en relación con este reclamo para una mejor evaluación del mismo.

Firma del Titular

Firma del Beneficiario (paciente)

Nombre: _____

Nombre: _____

C.I. N°: _____

C.I. N°: _____

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Causa de la Atención Médica:		Enfermedad <input type="checkbox"/>		Accidente <input type="checkbox"/>		Maternidad <input type="checkbox"/>			
Tratamiento efectuado:		<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Cirugía Menor	<input type="checkbox"/> Cirugía Mayor	Tipo de Anestesia:			
						<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> General		
						<input type="checkbox"/> Raquídea	<input type="checkbox"/> Troncular		
Diagnóstico de Ingreso:									
Diagnóstico definitivo o de Egreso:									
Fecha de la Enfermedad Actual			Considera Ud. profesionalmente que la enfermedad actual es consecuencia de otra padecida anteriormente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique fecha de la enfermedad anterior y especifique:						
Primera Consulta		Inicio de los Síntomas							
Día	Mes	Año						Día	Mes
Hubo exploraciones Radiológicas		Estudio de Anatomía Patológica		AGRADECEMOS ANEXAR LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Objetivo del Tratamiento:		<input type="checkbox"/> Cura Radical	<input type="checkbox"/> Corrección de Defecto Congénito	<input type="checkbox"/> Cirugía Plástica	<input type="checkbox"/> Diagnóstico				
		<input type="checkbox"/> Cura Paliativa	<input type="checkbox"/> Corrección de Defecto Adquirido	<input type="checkbox"/> Cirugía Cosmética	<input type="checkbox"/> Otro				
Llenar en caso de Maternidad:		<input type="checkbox"/> Parto Normal	<input type="checkbox"/> Parto con Fórceps	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Aborto	Se efectuó esterilización: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Estimado Doctor:

Agradecemos incluir en este espacio un informe médico amplio y detallado de la enfermedad, intervención quirúrgica u hospitalización, que indique tiempo, evolución y tratamiento efectuado, así como interconsulta realizadas o complicaciones que ameriten otro tipo de intervención (Si considera insuficiente el espacio, por favor utilice un anexo).

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRES		APELLIDOS		CÉDULA DE IDENTIDAD	
				V	
				E	
Firma del Médico		Código Colegio de Médicos	M.S.A.S.	Fecha	
				Día	Mes
					Año

Documentos requeridos:

- Fotocopia de la Cédula de Identidad del Titular
- Fotocopia de la Cédula de Identidad del Beneficiario (Paciente)
- Partida de Nacimiento del Paciente (si es menor de edad)
- Informe Médico
- Informe de las Autoridades que intervinieron en los hechos (en caso de Accidente)
- Originales de las Facturas canceladas (Clínica, Médicos, Farmacia, Laboratorio, etc.)
- Exámenes de Laboratorio
- Radiografías, Tomografías, Resonancias, etc.
- Otros, especifique: _____