

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS Y DENTAL



SECCIÓN A – PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Estimado asegurado tomar nota que para evitar demoras innecesarias al momento de solicitar un servicio médico es indispensable la siguiente información, se les agradece completarla con letra clara.

Nombre del Asegurado Titular				
Teléfono:		No. de Cédula/DPI		Correo electrónico:
Datos del paciente: Asegurado titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo (a) ☐ Sexo F ☐ M ☐ Edad				
Nombre completo del paciente:				Teléfono/Celular
Estado civil		Ocupación		Fecha de nacimiento DIA / MES / AÑO
Póliza		Certificado	Reclamo: Inicial ☐ Complemento ☐ P. Convencional ☐ P. Directo ☐	
Si su reclamo es complemento, indique:		Diagnóstico		No. Reclamo
Nombre del padre, madre o tutor (en caso de Póliza de Accidentes Personales Escolar)				
Fecha de nacimiento DIA / MES / AÑO		No. de Cédula/DPI,	NIT	Teléfono 1 Teléfono 2
Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y facturas adquiridas son verificadas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, instituciones y otros para que suministren a SEGUROS G&T S.A cualquier información. Incluyendo copias exactas de sus archivos (expedientes del paciente), exámenes de laboratorios, ultrasonidos y rayos X etc. Pertencientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.				
Firma de la Persona Autorizada:			Fecha:	

SECCIÓN B – PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Si su reclamo es complemento, indique:		Diagnóstico	
Nombre de La Empresa:			
Nombre del empleado asegurado:		Fecha de Ingreso de póliza DIA / MES / AÑO	
Nombre del dependiente por el cual se presenta la reclamación:		Fecha de Ingreso de póliza DIA / MES / AÑO	
Trabajaba el empleado en esta empresa: cuando inicio la incapacidad SI ☐ NO ☐		Si es NO identificar donde:	
Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad SI ☐ NO ☐		Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo: ☐	
Se recomienda que se pague esta reclamación: SI ☐ NO ☐		Porque:	
Firma de la Persona Autorizada		Sello de Empresa Contratante:	
		Fecha:	

SECCIÓN C – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE Ú ODONTOLOGO

Nombre completo del paciente:			Edad:
Fecha de la primera consulta: DIA / MES / AÑO / HORA		Diagnóstico completo y descripción del tratamiento:	
Esta incapacidad es de origen: Accidente ☐ Adquirido ☐ Dental ☐ Congénito ☐ Embarazo ☐			
Tiempo de evolución de la incapacidad:		Fecha primera de consulta: DIA / MES / AÑO	Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada: DIA / MES / AÑO
Nombre del hospital:		Fecha Admisión: DIA / MES / AÑO / HORA	Fecha de Egreso DIA / MES / AÑO / HORA
¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o ha recibido tratamiento médico por esta condición? Especifique.			
Si es por Dental, favor indique si la causa es por: Accidente ☐ Enfermedad ☐		Fecha: DIA / MES / AÑO	
Si es por Embarazo, favor indique: FUR / DIA / MES / AÑO FPP / DIA / MES / AÑO		Tratamiento Suministrado:	
Observaciones:			
Nombre del Médico Tratante:		Especialidad:	Teléfono Clínica:
			Celular:
Firma del Médico Tratante		Sello del Médico	Fecha:

SEGUROS



G&T



SECCIÓN D – SOLICITUD DE PAGO DIRECTO

Nombre del proveedor afiliado

HOSPITALIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnósticos ya realizados. Indique el (los) procedimientos (s)

	CÓDIGO
1	
2	
3	

Honorarios del cirujano:

Honorarios Ayudante:

Honorarios del Anestesiista:

Otros:

Observaciones

EXÁMENES ESPECIALES, RADIOLOGÍA, LABORATORIOS

Cistoureoscopia ☐	Colonoscopia ☐	Electrocardiograma ☐	Electroencefalograma ☐
Electromiograma ☐	Gastroscopia ☐	Mamografía ☐	Prueba de Esfuerzo ☐
Resonancia Magnética ☐	Tomografía ☐	Ultrasonido ☐	Otros (Especifique) ☐
1	5	9	13
2	6	10	14
3	7	11	15
4	8	12	16

MEDICAMENTOS

Nombre del proveedor afiliado

Medicamentos	Presentación (Gg, Tab, Susp, etc.)	Principio Activo	Dosis (mg, gr, ml, etc.)	Posología (BID, TID, QID, etc.)	Días	Cantidad Aprobada
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

SECCIÓN E – TRATAMIENTO DENTAL (APLICA REMBOLSO Y PAGO DIRECTO)

Nombre del Odontólogo	NIT	Email
Dirección		
Fecha primera visita	/	Fecha de fin de tratamiento
Tel 1	Tel 2	No. Colegiado

Use el orden indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado

Marque Piezas trabajadas	Diente No.	Superficie	Descripción del Servicio	Fecha del Servicio	Cargo	Para Uso Administrativos
						FASE I
						FASE II
						FASE III

Observaciones

Firma y Sello del Dentista

SEGUROS



G&T