

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de Reembolso:

Número de Contrato: \_\_\_\_\_ Tipo de Plan: \_\_\_\_\_

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Contratante Principal Empresa: \_\_\_\_\_ R.U.C. \_\_\_\_\_

Titular: Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Paciente: Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

C.I \_\_\_\_\_ Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Cta. Ahorro: \_\_\_\_\_ Cta. Corriente: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

**2. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL REEMBOLSO (Revisar si cumple con la documentación)**

**ATENCIÓN DE DOCUMENTOS AMBULATORIOS**

- Formulario de solicitud de Reembolso de atención médica
- Factura original de consulta, clínica, laboratorio, farmacia, imágenes, estudios de patología, etc
- Órdenes o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento Realizado
- Resultados e informes de exámenes realizados.

**HOSPITALIZACIÓN**

- Original de la factura del hospital
- Desglose de la factura
- Factura de honorarios médicos
- Copia completa de la Historia Clínica (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operativo, Notas de evolución médica, hoja de anestesia)
- Desglose de los exámenes de laboratorio e imagen
- Copias del resultado del estudio histopatológico (si es pertinente)

**EMERGENCIAS**

- Todo lo incluido en atención de documentos ambulatorios
- Hoja de Emergencia completa (copia)
- Parte policial en caso de accidente de tránsito
- Factura de la clínica original con su respectivo desglose

**COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

- Copia de la Historia Clínica y de las facturas presentadas en otro plan de asistencia médica
- Liquidación original de los gastos presentados al otro seguro
- Órdenes o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento Realizado
- Resultados e informes de exámenes realizados

**NOTA**

En casos especiales el auditor médico podrá solicitar otros resultados o exámenes pertinentes. Las facturas deben ingresar cumpliendo las normas del SRI, de no ser así serán devueltas.

**3. DETALLE DE FACTURAS PRESENTADAS**

EMISOR	FACTURA NO.	VALOR	COBERTURA

#### 4. DETALLE DE FACTURAS PRESENTADAS

Firmo la presente solicitud de reembolso, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de de comprobarse falsedad en la información suministrada acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

Ciudad: \_\_\_\_\_

PACIENTE: Si es menor de edad firma el Titular FIRMA DEL TITULAR

C.I. \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Oficinas en la que deseo retirar mi reembolso: Norte  Sur

#### 5. ANTECEDENTES MÉDICOS ( A ser llenado por médico tratante)

Nombre del médico tratante : \_\_\_\_\_ C.I / R.U.C. \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ CIE 10 \_\_\_\_\_

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas de esta enfermedad? Fecha: \_\_\_\_\_

Antecedentes clínicos quirúrgicos: \_\_\_\_\_

Causa de la primera vez que el paciente lo consultó : \_\_\_\_\_

La enfermedad actual es producto de: Accidente  Embarazo  Congénita  Otros

En caso de embarazo F.U.M Fecha: \_\_\_\_\_

Si practicó algún procedimiento sírvase describirlo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si practicó algún tipo de tratamiento sírvase describirlo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Se presentaron complicaciones: Sí  No  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

El paciente tenía conocimiento de esta enfermedad: Sí  No  Se trata de una enfermedad : Crónica  Aguda

Como médico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los Respaldos médicos tanto de exámenes complementarios, de apoyo , diagnóstico, así como la Copia de la Historia Clínica, si fueran requeridos por parte de PLAN VITAL VITALPLAN S.A

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

#### 6. PARA USO EXCLUSIVO DE AUDITORIA MÉDICA PLAN VITAL

APROBADO:

NEGADO:

DEVOLUCIÓN:

OBSERVACIONES

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO AUDITOR  
NOMBRE:

CIE 10 Y CPT