

**FORMULARIO
DE RECLAMACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA**

Todos los campos de este formato deberán estar totalmente llenos con letra clara y legible. Sin borrones, tachones o enmendaduras. Cualquier información fraudulenta privará a usted de los beneficios de su plan contratado

A.- DECLARACIÓN DE CLIENTE RECLAMANTE

1.- Tipo de plan: AZUL TOTAL ELEGIR 2.- No. de Contrato _____ Flia. _____ Usuario _____
 3.- Nombre de empresa _____ Ciudad _____ Valor total del reclamo USD: _____
 4.- Nombres y Apellidos del Titular: _____ C.I. _____ Telf: _____

Por este medio certifico que las respuestas aquí dadas son verdaderas. Además autorizo a los profesionales e instituciones que me prestaron atención médica, a proporcionar toda la información requerida por Ecuasanitas en la persona autorizada para el efecto.

Documentos entregados: Nro. de hojas de: _____
 Recetas _____ Pedidos de Exámenes _____ Resultados de Exámenes _____
 Facturas Médicas, medicinas y otras _____ Historia clínica, protocolo, epicrisis _____
 Firma del Titular _____

B.- DECLARACIÓN DE PROFESIONAL PRESTADOR DEL SERVICIO MÉDICO

Nombres y apellidos del paciente _____ Fecha de atención _____
 C.I. _____ Edad _____ Género _____ Teléfono _____
 Nombre del Médico Tratante _____ Especialidad del Médico _____
 RUC _____ Dirección consultorio _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Diagnósticos presuntivos o definitivos	Tiempo de Evolución de:	
	Síntomas	Enfermedad
Firma del Médico Tratante		

En caso de...		
CIRUGÍA Indicar el procedimiento realizado: _____		
ENF. CRÓNICA Indicar el medicamento utilizado: _____ por cuanto tiempo _____		
MATERNIDAD Indique fecha de última menstruación día _____ mes _____ año _____		
Es atención médica de cortesía?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sello con registro MSP		

C.- PARA USO EXCLUSIVO DE AUDITORIA MÉDICA - ECUASANTAS S.A.

Fecha afiliación	Día	Mes	Año
Atención por: ODA número: _____			
Tratante de: Cuadro médico		Libre elección	
Servicios negados anteriormente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Cuáles: _____			
En Dislipidemias, fecha de inicio de tratamiento: _____			

Cobertura de preexistencias?	Si: Monto	Saldo	No
-Pree. Anteriores:			
-Pree x Dg. Actual:			
Auditoría médica			
Aprobado:			
Negado:			
Devolución provisional:			
Firma y sello de auditor/a médico			

Ecuasanitas cancelará el reembolso únicamente al titular del contrato. En caso de delegar este trámite a otra persona deberá el titular llenar la autorización respectiva y adjuntar copia de su cédula de identidad así como de la persona encargada de cobrar el reembolso, quien únicamente puede ser un familiar directo y que conste dentro del contrato

D. AUTORIZACIÓN PARA COBRO DE REEMBOLSO EN EFECTIVO, CHEQUE O DEPÓSITO EN CUENTA BANCARIA

Yo _____ Titular del contrato No. _____
 Autorizo a _____ C.I. No. _____ para cobrar reembolso.
 Autorizo depósito en la Cuenta Cte. O de Ahorros del Banco _____ Cta. No. _____
 Firma del Titular - C.I.: _____ Firma persona autorizada - C.I.: _____

FORMULARIO DE RECLAMOS DE ASISTENCIA MÉDICA

El usuario de Plan Azul, Plan Total, Plan Elegir, para el trámite de reembolso, sobre servicios médicos deberá presentar hasta 90 días después de la atención, los documentos que se detallan como requisitos, los mismos que facilitarán la liquidación y el respectivo reembolso al menor tiempo posible.

Ecuasanitas reconocerá únicamente las atenciones prestadas por los médicos titulados o especialistas.

REQUISITOS INDISPENSABLES

Ud. deberá llenar todos los campos del formulario de reclamación de Asistencia Médica en forma completa y legible.

No se aceptarán formularios, facturas, recetas, pedidos médicos u otros documentos con tachones, borriones, enmendaduras, rotos o en mal estado.

Las facturas o notas de venta originales deberán cumplir con todos los requisitos del S.R.I. y en ellas constará el nombre del paciente. Las facturas por atenciones de menores de edad deberán ser emitidas por parte del titular o del contrato o tutor del menor de edad, con el detalle de la atención del paciente.

ECUASANITAS se reserva el derecho de auditoría de todos los documentos habilitados para reembolso.

Todo trámite que no cumpla con los requisitos exigidos por la Compañía, no serán considerados para el pago.

El usuario deberá presentar de acuerdo al caso los documentos originales que se detallan a continuación:

Formulario original de reclamación de Asistencia Médica.

Facturas originales (desglosadas por servicios).

Recetas con nombre del paciente, fecha de atención, nombre, firma y sello del médico e indicaciones de la medicina prescrita.

Pedido de exámenes y procedimientos, con nombre del paciente, fecha de atención, firma y sello del médico tratante.

Resultados de exámenes e informes médicos.

Por emergencia, todos los documentos mencionados anteriormente y la Hoja 008 de emergencia.

En caso de hospitalizaciones, adicional a los documentos indicados en el párrafo anterior se debe presentar una copia histórica clínica completa (anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, protocolo de anestesia, epicrisis, indicaciones, notas de evolución, parte de anestesia, pedidos y resultados de exámenes y procedimientos. Por atención de maternidad ficha de recién nacido.

Por accidente de tránsito o asalto, Ud. deberá entregar formulario, facturas, pedidos de exámenes, originales, resultados adicionalmente prueba de alcoholemia, parte policial y copia de historia clínica si es el caso.

Por Coordinación de beneficios, Formulario original de reclamación de asistencia Médica Ecuasanitas.

Documento original de liquidación emitido por la otra empresa de medicina Prepagada o Aseguradora.

Copias certificadas de todos los documentos presentados en la otra compañía de seguros.

El tiempo para presentación de documentos será de acuerdo a las condiciones de cada contrato.

Por reembolsos de gastos médicos en el exterior, en Plan Elegir, formulario original de reclamación de Ecuasanitas con la declaración del reclamante, facturas, pedidos médicos, recetas y demás documentos originales.

Traducción al español de estos documentos, si el caso lo amerita.

Certificación del Consulado o Embajada que indiquen la validez y legalidad de los documentos originales presentados.

Fecha de presentación: _____ **Recibido por:** _____

Devuelto por: _____

1ra. vez _____

2da. vez _____