

Datos del Afiliado

Contratante _____ Contrato No. _____
Titular _____ ID. _____
Paciente _____ Certificado No. _____
Parentesco _____ Sexo M F Edad _____ Teléfono _____

Detalle de la incapacidad

Enfermedad _____ Datos del médico tratante _____ Cuando empezo DD/MM/AAAA: _____

¿Ha sido hospitalizado anteriormente por esta dolencia? Sí No ¿Cuándo? DD/MM/AAAA:

Descripción en caso de accidente. (Por favor incluya lugar y fechas)

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a los médicos y clínicas para que suministren a Latina Salud CIA de Medicina Prepagada S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Detalle de documentos

	Cant. Soportes	Valor	Atención	Ambulatoria	Hospitalaria
Consulta externa					
Laboratorio clínico					
Imágenes					
Medicinas					
Procedimientos ambulatorios					
Hospitalización y cirugía					

Al reclamo se deben adjuntar facturas ORIGINALES de honorarios médicos, laboratorios y centros de imagen, farmacia, pedido de exámenes y copias de los resultados y receta medica. En caso de ser un gasto hospitalario se adjuntarán facturas de hospital o clínica con todos los soportes de los gastos desglosados, factura de honorarios médicos, historia clínica, record operatorio, resultados de exámenes de laboratorio e imagen. Las facturas deben estar a nombre del titular o cónyuge, no se aceptarán facturas a nombre de consumidor final.

Valor total

Para ser llenado por el médico tratante

Paciente _____ Sexo M F Edad _____

Diagnóstico Actual

Favor indicar tratamiento u operación

Favor indicar exámenes de laboratorio, rayos X y ayudas diagnosticas

Codigo de procedimiento

Observaciones

Firma y sello médico

Firma del afiliado titular

Lugar y fecha