



SOLICITUD DE REEMBOLSO POR ATENCION MÉDICA

SOLICITUD DE REEMBOLSO: AMB. HOSP. NUMERO DE TRANSITO

CIUDAD	D	M	A	NUMERO DE CONTRATO	N/P	BROKER
--------	---	---	---	--------------------	-----	--------

DATOS DE IDENTIFICACION

CONTRATANTE PRINCIPAL EMPRESA:	R.U.C:
--------------------------------	--------

TITULAR APELLIDOS:	NOMBRES:	C.I.:	
PACIENTE APELLIDOS:	NOMBRES:	PARENTEZCO:	EDAD:
DIRECCION ACTUAL:	TELEFONO:		
TIENE OTRO PLAN DE ASISTENCIA MÉDICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL:	PLAN AAUG:	INICIO VIGENCIA: D M A
CUENTA RESTITUCION: INSTITUCION EMISORA: _____ AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>		CTA: _____	

ANTECEDENTES MEDICOS QUIRURGICOS (A SER LLENADOS POR EL MEDICO TRATANTE)

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE:	C.I./R.U.C:	TELEFONOS:
ESPECIALIDAD:		
CAUSA DE LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE LO CONSULTO		
FECHA DE LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE LO CONSULTO POR DIAGNOSTICO ACTUAL	D	M A
CUANDO SE PRESENTARON LOS PRIMEROS SINTOMAS DE ESTA ENFERMEDAD	D	M A
LA ENFERMEDAD ACTUAL ES PRODECTO DE: ACCIDENT <input type="checkbox"/> EMBARAZ <input type="checkbox"/> CONGENIT <input type="checkbox"/> OTROS: <input type="checkbox"/>	EN CASO DE EMBARAZO F.U.M.:	
DIAGNOSTICOS PROVISIONALES		
ANTECEDENTES QUIRURGICOS		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	CIE 10	
SI PRACTICO ALGUN PROCEDIMIENTO SIRVASE DESCRIBIRLO	FECHA DE INICIO	CPT
SE PRESENTARON COMPLICACIONES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUALES.....	EL PACIENTE TENIA CONOCIMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD CRONICA <input type="checkbox"/> AGUDA <input type="checkbox"/>	
Como medico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionare los respaldos médicos tanto exámenes complementarios, de apoyo, diagnostico, así como la copia de la Historia Clinica, si fueran requeridos por parte de AAUG del Ecuador		
FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO		

DETALLES DE FACTURAS PRESENTADAS

EMISOR	FACTURA #	VALOR	EMISOR	FACTURA #	VALOR

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 Clinica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

PACIENTE(S) MENOR DE EDAD FIRMA TITULAR C.I.:	FIRMA DEL TITULAR C.I.:	CIUDAD D M A
--	----------------------------	------------------