

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Selecciona el Contrato al que desea aplicar este reembolso: Corporativo Individual Empresarial Renacer Proteger

Titular: _____ Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
(Apellidos y nombres)

Teléfono Domicilio: _____ Ciudad: _____ E-mail: _____

Paciente: _____ Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____
(Apellidos y nombres)

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el médico tratante)

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____ RUC: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Género: _____ Fecha de atención: _____

Diagnóstico definitivo:

CIE 10	_____
CIE 10	_____
CIE 10	_____

La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad: Accidente: Embarazo: Fecha FUM: Día ____ Mes ____ Año ____

Fecha de inicio de los primeros síntomas: Día ____ Mes ____ Año ____ Fecha del diagnóstico primera vez: Día ____ Mes ____ Año ____

2.1. EN CASO DE CIRUGÍA: Describa los procedimientos médicos completos y los antecedentes quirúrgicos previos _____

2.2. INTERCONSULTAS: ¿Ordenó interconsulta con otros Profesionales Médicos? Si No Especialidad: _____

Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de **HUMANA S.A.**

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Fecha:
Día ____ Mes ____ Año ____

3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR

Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar toda la información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS)

NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.

FIRMA DEL TITULAR

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

4. REQUISITOS PARA REEMBOLSOS

	Atención Ambulatoria	Hospitalización / Hospital del Día
1. Solicitud de Reembolso de Atención Médica debidamente llenada, sellada y firmada por el Médico tratante, Titular y Paciente.	✓	✓
2. Facturas físicas originales y/o facturas electrónicas (RIDE) por cada atención médica: consulta, honorarios médicos, medicinas, exámenes, laboratorio, imagen, terapias, procedimientos, etc.	✓	✓
3. Pedidos, resultados e informes de: exámenes de laboratorio, imágenes, terapias, etc.	✓	✓
4. Recetas de medicinas que incluya: nombre del medicamento, cantidad, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento.	✓	✓
5. Factura de la clínica o el hospital con desglose de todos los servicios brindados.	✓	✓
6. Historia clínica completa: anamnesis, examen físico, emergencia, notas de evolución, protocolo operatorio, registro de anestesia, epicrisis.	✓	✓
7. En caso de emergencias o urgencias: Formulario 008 emitido por el Hospital o Clínica.	✓	✓
8. En caso de violencia o delitos: Denuncia ante la autoridad competente	✓	✓
9. En caso de accidente de tránsito: Liquidación del SPPAT y parte policial	✓	✓
10. En caso de coordinación de beneficios: Liquidación original del primer financiador y todos los documentos que respaldaron el pago de esa liquidación.	✓	✓
11. En caso de gastos en el exterior, adicional a los documentos antes detallados, adjuntar comprobante de pago (voucher, estado de cuenta de tarjeta de crédito o estado de cuenta bancaria).	✓	✓