

Alcance (Indique Diagnóstico o
de Liquidación de referencia)



Plan Contratado

Datos del Contratante

Valor presentado:

(Sumatoria de todas sus facturas)

Nombre del titular:

Doc. id.:

E-mail:

Telf. Móvil:

Información Médica

Si su reembolso corresponde a coordinación de beneficios o alcance no requiere llenar esta sección

Motivo de consulta:

Fecha de inicio de Historia
Clínica (dd/mm/aa)

Inicio de los primeros
síntomas: (dd/mm/aa)

Diagnósticos Definitivos:

CIE 10:

Fecha de Atención:

En caso de Accidente llenar esta sección

En caso de accidente detalle como ocurrió, (Lugar, Fecha y Hora)

Documentos a presentar

A este formulario usted debe adjuntar los originales de los siguientes documentos o enviar escaneados con la siguiente leyenda:
- Documento presentado digitalmente. Incluyendo la firma.

Tipo de atención	Valor
Facturas originales de médicos, farmacia, laboratorio, con el desglose respectivo	
Planilla de clínica, factura con desglose de todos los profesionales	
Resultados de exámenes	
Pedidos y órdenes médicas	
Historia clínica completa	
Protocolo Operatorio	
Hoja de emergencia 008	

Autorización

Autorizo a todos los médicos, profesionales de la salud y/o instituciones prestadoras de servicios médicos que me hayan atendido a proporcionar a la Compañía cualquier información médica relevante, incluyendo copias de la historia clínica, ficha médica, exámenes de laboratorio, estudios de imagen (rayos X) y cualquier otro diagnóstico relacionado con esta atención.

Lugar _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Firma del Titular

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por Más Seguro Travel

ESPAÑA

+34 900 499 053
Toll Free

USA

+1 80 0853 4839
Toll Free

MIAMI

+1 30 5644 8317
Miami DID