medec
PROTECCIÓN MÉDICA
NACIONAL INTERNACIONAL

Formulario para REEMBOLSO

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN TENER RESPUESTA

Sirvase a llenar este formulario por su médico tratante

Fecha

Nombre del paciente

Edad

Motivo de consulta

Diagnóstico

	Si	No
Se trata de una enfermedad congénita:	( )	( )
Se debe su condición a embarazo:	( )	( )

En caso afirmativo, indique la fecha de inicio: _____

_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

_____

FIRMA DEL PACIENTE Y/O AFILIADO

_____

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA
(CORPORATIVOS)