



**PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

Para evitar demoras en el proceso de liquidación, toda la información y documentación requerida debe estar completa. LA INFORMACIÓN FRAUDULENDA PRIVARA A USTED Y SU FAMILIA DE LOS BENEFICIOS QUE OTORGA LA UDA.

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

1.- NOMBRE DEL ASEGURADO
 2.- NOMBRE DEL PACIENTE
 3.- EDAD DEL PACIENTE AÑOS MESES

En caso de dependientes hijos/as que han cumplido 18 años, adjuntar certificado de no afiliación al IESS, certificado de estudios y copia de cédula.

4.- DOCUMENTACIÓN

Adjuntar facturas (honorarios, laboratorios, farmacias) de acuerdo a normas SRI, órdenes exámenes, resultados, recetas.

5.- MÉDICOS CONSULTADOS	DIRECCIÓN Y TELÉFONO
.....
.....
.....

Por este medio certifico que las respuestas aquí dadas son verdaderas, autorizando a los profesionales e instituciones que me prestaran atención médica, a proporcionar la información requerida por el Departamento de Bienestar Universitario de la UDA.

.....
FECHA DE ENTREGA	FIRMA DEL EMPLEADO	FIRMA Y SELLO UDA

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

1.- NOMBRE DEL PACIENTE EDAD

2.- DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD

3.- EN CASO DE CIRUGIA, INDIQUE EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

4.- LA ENFERMEDAD ES CONGENITA?

5.- SU CONDICIÓN SE DEBE A EMBARAZO SI NO
 Indique la fecha aproximada del inicio

6.- CITE LAS FECHAS Y EL VALOR DE CADA UNA DE LAS CONSULTAS

FECHA	VALOR
.....
.....
.....

FECHA:
 NOMBRE DEL MÉDICO:

 FIRMA Y SELLO