

Administrado por
(fiduprevisora)

Gerencia de Servicios de Salud del
Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG

Formato
Solicitud de reconocimiento de
reembolso por servicios o tecnologías en Salud

Proceso: Administración de Servicios de Salud
Código:
Versión:

REGIONAL

DEPARTAMENTO

CIUDAD

FECHA DE SOLICITUD

RADICADO

INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR EL USUARIO

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre del tutor o representante del usuario:		Tipo y Número de Identificación:	
Nombre del usuario afectado:		Tipo y Número de Identificación:	
Ciudad de Residencia:	Dirección:	Barrio:	
Correo Electrónico:	Teléfono Celular:	Teléfono Fijo:	

2. MOTIVO DEL REEMBOLSO

Servicio en salud	<input type="checkbox"/>	Tecnología en salud	<input type="checkbox"/>		
Orden médica del (día/mes/año)	Servicio o tecnología ordenada		Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Factura electrónica del (día/mes/año)				Valor Total solicitado	\$

Prestador o proveedor donde se garantiza el servicio o tecnología

Describa brevemente el motivo del reembolso:

Para el trámite de la solicitud se requiere adjuntar los soportes relacionados a continuación en formato PDF (legible, sin enmendaduras ni tachones) Nº de folios

- 1 Copia documento de identificación del usuario afectado.
- 2 Orden médica del servicio asociado al motivo causal de la solicitud a nombre del usuario solicitante.
- 3 Soporte de asistencia o suministro al servicio o tecnología en salud objeto de la solicitud.
- 4 Factura electrónica o documento equivalente del servicio a nombre del usuario, que cumplan con los requisitos de la DIAN.
- 5 Soporte de la inopportunidad o acceso a la prestación o suministro de servicios o tecnologías en salud objeto de la solicitud
- 6 Certificación de la cuenta bancaria con fecha de expedición no mayor a 90 días donde se realizaría el reembolso reconocido.
- 7 Copia documento de identificación del titular de la cuenta bancaria (En caso de no ser el usuario solicitante).
- 8 Fallo de tutela, si el resuelve se encuentra asociado al motivo causal de la solicitud. (Solo si aplica).
- 9 Autorización otorgada como tutor o representante del usuario, debidamente firmada y con huella digital (Solo si aplica).

Información bancaria a quien se le realizará el pago

Nombre del titular de la cuenta		Parentesco	
Nº identificación del titular de la cuenta bancaria		Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>
Entidad bancaria		Número de cuenta	

3. RADICACIÓN ANTE LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL

A través de la radicación del presente formato, **ACEPTO** la política de tratamiento de datos en el marco de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto reglamentario; la información recopilada en este formato, es confidencial y se utilizará únicamente para fines administrativos asociados a la solicitud de reconocimiento de reembolsos de servicios o tecnologías en salud a los usuarios en salud del FOMAG, en el marco de la prestación de servicios de salud establecido en mi plan de manejo.

Quien recibe

Nombre		Cargo	
Departamento		Regional	Fecha y hora

INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL

4. REVISIÓN Y VALIDACIÓN POR LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL FOMAG

Estado de afiliación del usuario	Activo <input type="checkbox"/>	Protección Laboral <input type="checkbox"/>	Suspendido <input type="checkbox"/>	Retirado <input type="checkbox"/>
La solicitud cumple con la	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Observaciones	
- Oportunidad de radicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Completitud documental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Pertinencia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Médico-científica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Referencia	<input type="checkbox"/>
Administrativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auditoría médica	<input type="checkbox"/>
Jurídica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestación o suministro a cargo del FOMAG	<input type="checkbox"/>

Justificación de pertinencia:

5. AUTORIZACIÓN O NEGACIÓN

Reembolso autorizado	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Valor del reembolso autorizado	\$
Justificación de la autorización o negación				

Quien autoriza el reconocimiento de reembolsos de servicios o tecnologías a usuarios

Firma Coordinador Departamental	Nombre	Firma Director Regional
Nombre		
Departamento	Nombre	
Regional		
Fecha	Fecha	