

Formulario de Reembolsos de Gastos Médicos Corporativo

Alcance (Indique Diagnóstico o
de Liquidación de referencia)

Coordinación de Beneficios

Datos del Cliente Afiliado

Valor presentado: _____
Nombre del afiliado: _____ Cédula: _____ (Sumatoria de todas sus facturas)
Nombre del paciente: _____ Parentesco: _____

Datos de la Empresa

Nombre Empresa: _____
Fecha de Ingreso de la
persona a la empresa. _____

Firma Y Sello de la Empresa

Información Médica (Debe ser llenada por el médico tratante)

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: _____
Nombre del médico
Tratante: _____ Fecha de Atención: _____

Firma Y Sello Del Médico Tratante

En caso de Accidente llenar esta sección

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

Importante

A este formulario usted debe adjuntar los originales de los siguientes documentos:

| Atención | Hospitalaria | Ambulatoria | Accidente |
|---|--------------|-------------|-----------|
| Facturas originales de médicos, farmacia, laboratorio, con el desglose respectivo | X | X | X |
| Planilla de clínica, factura con desglose de todos los profesionales | X | | X |
| Resultados de exámenes | X | X | X |
| Pedidos y órdenes médicas | X | X | X |
| Historia clínica completa | X | | X |
| Protocolo Operatorio | X | | |
| Hoja de emergencia 008 | | | X |

Autorización

Autorizo a todos los médicos y/o personas que me atendieron y/o a todas las clínicas o instituciones prestadoras de servicios de salud para que suministren a la Compañía cualquier información médica, incluyendo copias exactas de Historia clínica y/o ficha médica, exámenes de laboratorio y rayos X y cualquier otro examen de diagnóstico correspondiente a esta atención médica.

Lugar _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Firma del Afiliado