

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORIZA LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD O EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, OBLIGATORIAMENTE ENTREGAR ESTE FORMULARIO AL USUARIO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO EN LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE

MEDISANITAS

N° (No Autorización)

91163934

FECHA DE SOLICITUD

DD
04

MM
06

AAAA
18

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD
04

MM
06

AAAA
2018

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO

1er. APELLIDO: RUEDA	2do. APELLIDO(O DE CASADA): LATORRE	NOMBRES: JUAN SEBASTIAN
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CEDULA DE CIUDADANIA	No. DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: 1015465055	No. CONTRATO 2060211279
TELEFONO: 3454103	CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL
PLAN DE SERVICIOS DEL USUARIO: POS POS-S PLAN COMPLEMENTARIOS(PAC) PLAN MEDICINA PREPAGADA(PMP) POBLACIÓN POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
N° DE SEMANAS COTIZADAS POR EL USUARIO AL SGSS : <input type="text"/>		ESTADO DE LA AFILIACION DEL USUARIO: VIGENTE SUSPENDIDO RETIRADO SIN ASEGURAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

II. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

SERVICIO NO AUTORIZADO:	
CÓDIGO:	1005453
DESCRIPCIÓN:	ESTANCIA PSIQUIATRICA
JUSTIFICACIÓN:	LIMITACION CONTRACTUAL #TRASTORNO DEPRESIVO INTENTO DE SUICIDIO BAJO EFECTOS DE ALCOHOL#
FUNDAMENTO LEGAL:	CLAUSULA 4 NÚMERAL 1.6 DEL CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA
Alternativas para que el usuario acceda al servicio de salud solicitado y haga valer sus derechos legales y constitucionales: cobertura por eps sanitas	

JOHANNA PATRICIA QUIROZ PEREZ
NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)

Firma del usuario o de quien recibe

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la oficina de Atención al Usuario. Si su queja no es resuelta, eleve consulta ante la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, anexando copia de este formato debidamente diligenciado, a la Avenida Ciudad de Cali N° 51 - 66 pisos 6 - 7, World Business Center. Teléfono 4837000