

SOLICITUD DE REEMBOLSO



Ambulatorio Hospitalario

Ciudad:

Bróker / Asesor:

Fecha:
DD/MM/AAA

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Titular: Cédula:
Dirección: Teléfono oficina:
Correo: Celular:
Paciente: Parentesco: Edad:

DATOS PARA EL REEMBOLSO

Nombres: Cédula:
Banco: Tipo de cuenta:
Número: Correo:

DATOS DEL PROFESIONAL (exclusivo del médico)

Nombre del médico: Especialidad: Teléfono:

Motivo de consulta: _____

Inicio de enfermedad: _____

Tratamiento y/o procedimientos recibidos: _____

Si se practicaron exámenes descríbalos: _____

La enfermedad actual es causa de: Accidente: Congénita: Embarazo: Otros: _____

Si se trata de embarazo F.U.M.

Diagnóstico definitivo: _____

Procedimiento a realizar: _____

¿Se trata de una coordinación de beneficios? Si: No:

Firma del médico: Código de registro en Access:

RECEPCIÓN DE FACTURAS

Fecha	No. Factura	Emisor	Valor

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo para que la compañía pueda solicitar la información requerida al médico /clínica / hospital.

Titular: Firma y C.I.

Bróker / Asesor