Formulario de Reembolsos de Gastos Médicos Corporativo

Alcance (Indique Diagnóstico o # de Liquidación de referencia) _____ Coordinación de Beneficios _____

Datos del Cliente Afiliado

Valor presentado: _____
(Sumatoria de todas sus facturas)

Nombre del afiliado: _____ Cédula: _____

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 exámen de diagnóstico correspondiente a esta atención médica.

Lugar _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Firma del Afiliado