Confiamed

SOLICITUD PAGO REEMBOLSOS

ALCANCE A DIAGNÓSTICO | COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

CIUDAD | FECHA DE ATENCIÓN

BRÓKER/ASESOR

DATOS GENERALES DEL AFILIADO

SELECCIONE CON UNA **X** SU TIPO DE PLAN:

INDIVIDUAL: | GMM: | MASIVO: | CORPORATIVO: | NOMBRE DEL CONTRATO:

NOMBRE DEL TITULAR | CÉDULA DEL TITULAR

EMAIL | NÚMERO DE CELULAR

NOMBRE DEL PACIENTE | PARENTESCO | EDAD

ANTECEDENTES MÉDICOS - QUIRÚRGICOS (Exclusivo del médico)

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ ESPECIALIDAD: _____ TELÉFONO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

FECHA DE INICIO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: _____ FECHA DE INICIO DIAGNÓSTICO: _____

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO RECIBIDO (CUÁNTO TIEMPO): _____

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE:

ACCIDENTE: ☐ ENFERMEDAD: ☐

EMBARAZO: ☐ OTROS : ☐ _____

EN CASO DE ACCIDENTE DESCRIBA CÓMO SUCEDIÓ, FECHA, LUGAR Y HORA: _____

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M.: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO/ CIE 10: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO: _____

CÓDIGO DE REGISTRO CONESUP

FIRMA DEL MÉDICO

FACTURAS

Nº FACTURA	EMISOR	VALOR
	TOTAL	

REQUISITOS PARA EL REEMBOLSO

DOCUMENTOS	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	COORDINACION DE BENEFICIOS
Facturas de médicos, farmacia, imagen, laboratorio, terapias etc. con el desglose respectivo	X		
Factura hospitalaria con el respectivo desglose o planilla y facturas de honorarios médicos		X	
Ficha médica ambulatoria o certificado médico (en diagnósticos por primera vez)	X		
Pedidos, órdenes médicas, recetas.	X	X	
Resultados o informes de exámenes o imagen	X	X	
Historia clínica completa (incluye hoja de emergencia, epicrisis, anamnesis, protocolo operatorio, registro de anestesia, notas de evolución)		X	
Liquidación de la otra compañía aseguradora			X
Copia de todos los documentos médicos y facturas liquidados por la otra compañía			X

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo para verificar y pedir la información que sea necesaria al Médico o Institución Hospitalaria, exámenes clínicos, historia clínica completa o cualquier otro documento que se requiera.
Mediante la suscripción del presente documento, otorgo expresamente mi consentimiento para el tratamiento de datos personales y declaro que he sido informado y autorizo de manera libre, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que los datos personales y de salud que brindo, son accedidos y tratados por CONFIAMED S.A., para brindar el servicio de medicina prepagada, facturación y herramientas de mejoras en el servicio. De expresar mi negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales estrictamente pertinentes y necesarios, CONFIAMED S.A., no podrá
cumplir con los fines expuestos. He sido informado que mis datos personales serán incluidos en una base de datos sujeta a registro, bajo la titularidad de CONFIAMED S.A.

En tal sentido autorizo expresamente a Confiamed a:
i) Tratamiento y la transferencia de mis datos a terceros proveedores de CONFIAMED S.A. que brindan herramientas de soluciones tecnológicas con la finalidad de la mejora continua del servicio de medicina prepagada,
ii) a la transferencia de datos personales y de salud en caso de ser
necesario a prestadores de salud o de asistencias médicas y para todo proceso de reembolso en caso de ser necesario.
iii) a la utilización de terceros proveedores de servicios de autocompletado de información y pobladoras de datos.
Adicionalmente, CONFIAMED S.A., podrá realizar las siguientes finalidades con los datos personales proporcionados:
• Realizar encuestas de satisfacción para mejorar la calidad de los servicios brindados.
• Envío de comunicaciones referidas a nuevos servicios y/o promociones.

FIRMA DEL AFILIADO