nuestra esencia es humana

Solicitud de Reembolso de atención médica

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____

Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Parentesco : _____ Edad: _____

Teléfono de domicilio: _____ Celular: _____ E-mail: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el médico tratante)

La atención médica es producto de: Enfermedad ☐ Hospitalización ☐ Accidente ☐ Embarazo ☐

Nombre del médico tratante: _____ C.I./R.U.C.: _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico definitivo: CIE 10 ☐☐☐☐☐☐☐☐ _____

CIE 10 ☐☐☐☐☐☐☐☐ _____

CIE 10 ☐☐☐☐☐☐☐☐ _____

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas de esta enfermedad? Fecha: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

¿Practicó una cirugía, antecedentes quirúrgicos o posibles complicaciones? Sí ☐ No ☐ *(En caso de que su respuesta es sí por favor adjuntar la documentación de respaldo)*

¿Practicó algún procedimiento? Sí ☐ No ☐ *(En caso de que su respuesta es sí por favor adjuntar la documentación de respaldo)*

Como médico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos tanto de exámenes complementarios, de apoyo, diagnóstico, así como la copia de la Historia Clínica, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.

FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO

3. PACIENTE / TITULAR

Firmo la presente solicitud de reembolso, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

FIRMA DEL AFILIADO

Fecha: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

NOTA: Si el beneficiario es menor de edad, firma el titular

4. IMPORTANTE: REQUISITOS BÁSICOS PARA LA PRESENTACIÓN DE REEMBOLSOS

1. Solicitud de reembolso de atención médica.

2. Facturas originales desglosadas o ride de pago de consultas, medicinas o exámenes con sus respectivos pedidos y resultados.

3. Facturas de honorarios médicos (cuando aplique)

4. Factura con desglose de todos los servicios y profesionales de salud que intervinieron.

5. Historia clínica y sus formularios (cuando aplique) (consulta externa, epicrisis, emergencia, protocolo operatorio, notas de evolución, etc.)

IMPORTANTE LLENAR TODOS LOS CAMPOS

GC-FR-02V03