

SOLICITUD PAGO REEMBOLSOS

ALCANCE A DIAGNOSTICO COORDINACION DE BENEFICIOS

CIUDAD FECHA Día Mes Año

BROKER / ASESOR NEGOCIO I E C MA

DATOS GENERALES DEL AFILIADO

EMPRESA: CONTRATO No.:

EMPLEADO: CEDULA:

DIRECCION DE OFICINA: TELF.:

Email: CELULAR:

PACIENTE: PARENTESCO: EDAD:

ANTECEDENTES MEDICOS-QUIRURGICOS (Exclusivo del Médico)

NOMBRE DEL MEDICO: ESPECIALIDAD: TELEFONO:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

INICIO DE LA ENFERMEDAD:

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD:

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS (CUANTO TIEMPO)

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE: ACCIDENTE CONGENITA

EMBARAZO OTROS (EXPLIQUE)

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M. D M A

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO:

FIRMA DEL MEDICO

CODIGO DE REGISTRO EN CONESUP

FACTURAS

No. FACTURA	EMISOR	VALOR

No. FACTURA	EMISOR	VALOR
TOTAL		

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.

FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO

EMPRESA

BROKER / ASESOR

C.I.