

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

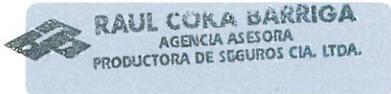
FACTURAS

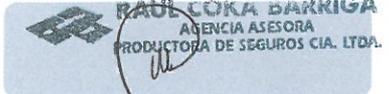
No. FACTURA	EMISOR	VALOR

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. _____