

### 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
<b>TOTAL</b>		

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.