

Ciudad: _____ Fecha: Día Mes Año

Número de Tránsito:

Número de contrato: — Broker: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____ R.U.C.: _____

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

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Tel. de domicilio: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Plan Humana: _____

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

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

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico definitivo: _____

• Fecha de inicio: Día Mes Año

CIE 10

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas de esta enfermedad?

Fecha: Día Mes Año

Fecha de la primera vez que el paciente lo consultó por este diagnóstico

Fecha: Día Mes Año

Antecedentes clínicos quirúrgicos: _____

Causa de la primera vez que el paciente lo consultó: _____

La enfermedad actual es producto de: Accidente Embarazo Congénita Otros

En caso de embarazo F.U.M. Fecha: Día Mes Año

Si practicó algún procedimiento sírvase describirlo: _____

Fecha de inicio: Día Mes Año

Si practicó algún tratamiento médico sírvase describirlo: _____

Fecha de inicio: Día Mes Año

Se presentaron complicaciones: Sí No ¿Cuáles?: _____

El paciente tenía conocimiento de esta enfermedad: Sí No Se trata de una enfermedad: Crónica Aguda

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. DETALLE DE FACTURAS PRESENTADAS

Emisor	Factura No.	Valor	Emisor	Factura No.	Valor

4. 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.

PACIENTE: Si es menor de edad firma el Titular
C.I.: _____

FIRMA DEL TITULAR
C.I.: _____

Ciudad: _____

Fecha: Día Mes Año

5. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL REEMBOLSO (Revisar si cumple con la documentación)

ATENCIÓN DE DOCUMENTOS AMBULATORIOS

- Formulario de solicitud de Reembolso de atención médica.
- Factura original de consulta, clínica, laboratorio, farmacia, imágenes, estudios de patología, etc.
- Pedidos o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento a realizarse.
- Resultados e informes de exámenes realizados.

EMERGENCIAS

- Todo lo indicado en atención de documentos ambulatorios.
- Hoja de emergencia completa (copia).
- Parte policial en caso de accidente de tránsito.
- Factura de la clínica original con su respectivo desglose.

HOSPITALIZACIÓN

- Original de la factura de la clínica u hospital.
- Desglose de la factura.
- Factura de honorarios médicos.
- Copia completa de la historia Clínica (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, notas de evolución médica, hoja de anestesia).
- Desglose de los exámenes de laboratorio e imagen.
- Copias del resultado del estudio histopatológico (si es pertinente).

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

- Copia de la historia clínica y de las facturas presentadas en otro plan de asistencia médica.
- Liquidación original de los gastos presentados al otro seguro.
- Pedidos o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento a realizarse.
- Resultados e informes de exámenes realizados.

NOTA:

- En casos especiales el auditor médico podrá solicitar otros resultados o exámenes pertinentes.
- Las facturas deben ingresar cumpliendo las normas del SRI, de no ser así serán devueltas.

RECURSOS HUMANOS EMPRESA
FIRMA Y SELLO

BROKER
FIRMA