

**SOLICITUD PAGO REEMBOLSOS**

CIUDAD ..... FECHA Día ..... Mes ..... Año .....

BROKER / ASESOR .....

**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. Día ..... Mes ..... Año .....

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. ....