

Ciudad: _____ Fecha: Día Mes Año

Número de Tránsito:

Bróker: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

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

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Parentesco: _____ Edad: _____

Dirección de domicilio: Calle principal: _____

No.: _____ Transversal: _____ Sector: _____

Teléfono de domicilio: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Cuenta restitución: Institución emisora: _____ Ahorros Corriente Cta. No.: _____

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

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

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico definitivo: CIE 10 _____

• Fecha de inicio: Día Mes Año

¿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. 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.: _____

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

ATENCIÓN AMBULATORIA (Consultas / exámenes de diagnóstico)

- 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 realizado.
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados que tengan relación con la solicitud de reembolso presentada.

EMERGENCIA

- Todo lo indicado en Atención Ambulatoria.
- Hoja de emergencia completa en el formato 008 emitido por el Ministerio de Salud Pública (copia).
- Parte policial en caso de accidente por violencia.
- Liquidación de SPPAT en caso de accidente de tránsito.
- Factura original de la clínica con su respectivo desglose.
- En caso de hospitalización, copia de la historia clínica completa (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, notas de evolución médica, hoja anestesia).
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados durante la atención de emergencia.

HOSPITALIZACIÓN

- Original de la factura de la clínica u hospital.
- Desglose, detalle de la factura o estado de cuenta.
- Facturas originales de honorarios médicos.
- Copia de la historia clínica completa (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, notas de evolución médica, hoja de anestesia).
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados durante la atención hospitalaria.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

- Liquidación original de los gastos presentados al otro seguro.
- Copia de la historia clínica y de las facturas presentadas al otro plan de cobertura médica.
- Pedidos o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento realizado.
- 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, en caso de no ser así serán devueltas.