

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.