

SOLICITUD DE REEMBOLSO

AMBULATORIO HOSPITALARIO

Ciudad: _____

Broker / Asesor: _____

Fecha: _____

DD / MM / AAAA

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Titular: _____ Cédula: _____

Dirección: _____ Teléfono de oficina: _____

Correo: _____ Celular: _____

Paciente: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

DATOS MÉDICO (Exclusivo del Médico)

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____

Motivo de consulta: _____

Inicio de enfermedad: _____

Tratamiento y/o procedimientos recibidos: _____

Si se practicaron exámenes, descríbalos: _____

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE:

ACCIDENTE:

EMBARAZO:

CONGENITA:

OTROS:
Explique

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M. _____

DD / MM / AAAA

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

PROCEDIMIENTO A REALIZAR: _____ ¿SE TRATA DE UNA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS? SI NO

FIRMA DEL MÉDICO

CÓDIGO DE REGISTRO EN ACESS

RECEPCIÓN DE FACTURAS

Fecha	N° Factura	Emisor	Valor

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo para que la compañía pueda solicitar la información requerida al médico / clínica / hospital.

TITULAR: FIRMA Y C.I. _____

BRÓKER / ASESOR _____