

SOLICITUD DE REEMBOLSO

Ambulatorio Hospitalario

Ciudad:

Bróker / Asesor:

Fecha:

DD/MM/AAAA

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Titular:

Cédula:

Dirección:

Teléfono oficina:

Correo:

Celular:

Paciente:

Parentesco:

Edad:

DATOS DEL PROFESIONAL (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: Congénita: Embarazo: Otros: _____

Si se trata de embarazo F.U.M.

DD/MM/AAAA

Diagnóstico definitivo: _____

Procedimiento a realizar: _____

¿Se trata de una coordinación de beneficios? Si: No:

Firma del médico:

Código de registro en Access:

RECEPCIÓN DE FACTURAS

Fecha	No. 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

La SCVS para efectos de control asignó a la presente solicitud el registro No. 58566; con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2024-00128142-O de 14 de noviembre de 2024.

