

Fecha: _____ Tipo de Identificación: cédula Pasaporte No. _____

Yo, _____ Ciudad: _____
 (Nombre del Beneficiario)

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

TIPO DE CONTRATO	Nº DE CONTRATO	FECHA AFILIACION	INICIO VIGENCIA

FECHA DE UTILIZACION DEL SERVICIO

PAGO AL DIA: SI NO

FIRMA SOLICITANTE

 Cédula/pasaporte:

ANTECEDENTES MEDICOS - QUIRURGICOS (EXCLUSIVO DEL MEDICO)

NOMBRE DEL MEDICO: _____ ESPECIALIDAD: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____ TELEFONO: _____

INICIO DE ENFERMEDAD: _____ EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD _____

TRATAMIENTO Y /O PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS: _____

LA ATENCION PRESTADA FUE A CAUSA DE: _____

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA SOLICITUD DE REEMBOLOS DEBE ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS, DEPENDIENDO DEL TIPO DE SERVICIO

DOCUMENTOS REQUERIDOS

	SI	NO
FORMATO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPIA DOCUMENTO IDENTIDAD DEL PCTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACTURAS ORIGINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESGLOSE DE FACTURAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTORIZACION ORIGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
PEDIDO ORIGINAL DEL MEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESULTADOS DE LOS EXAMENES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECETAS MEDICA COMPLETAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORMULARIO 008	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPIA HISTORIA CLINICA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nº DE FACTURA	PRESTADOR	FECHA DE FACTURA	VALOR

Nº DE FACTURA	PRESTADOR	FECHA DE FACTURA	VALOR

LUGAR DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN	NOMBRE DE QUIEN RECIBE:
		FIRMA Y SELLO:

REQUISITOS INDISPENSABLES PARA PRESENTAR REEMBOLSOS

Usted deberá llenar todos los campos de la Solicitud de Reembolso Por Atención Médica en forma completa y legible. No se aceptarán formularios, facturas, recetas, pedidos u otros documentos con tachones, borrones, enmendaduras, rotos o en mal estado.

Las facturas originales deberán cumplir con todos los requisitos del SRI. y en ellas constará el nombre del titular o del paciente. Las facturas por atenciones de menores de edad deberán ser emitidas a nombre del titular del contrato, con el detalle de la atención del paciente.

CruzBlanca se reserva el derecho de auditoría de todos los documentos habilitados para el reembolso.

Todo trámite que no cumpla con los requisitos exigidos por la Compañía, no serán considerados para el pago.

De acuerdo al caso deberá presentar los documentos originales que se detallan a continuación:

1. Copia de cédula de identidad y carné de afiliación del paciente o afiliado.
2. Formulario de Solicitud de Reembolso por atención médica.
3. Facturas originales de consultas y hospitalarias (desglosadas por servicios).
4. Recetas a nombre del paciente, fecha de atención, nombre, firma y sello del médico e indicaciones de la medicina prescrita.
5. Pedido de exámenes y procedimientos, con nombre del paciente, fecha de atención, firma y sello del médico tratante.
6. Resultados de exámenes, informes médicos, informe de evolución emitido por el terapeuta y la Hoja de Asistencia a las Terapias.
7. Recetas completas con indicaciones en el caso de tratamientos continuos.
8. Por emergencia deberá presentar la Hoja 008 (la misma que es expedida por la Entidad de Salud donde fue atendido(a)) y los documentos mencionados anteriormente.
9. En hospitalización: los documentos del párrafo anterior, incluyendo copias certificadas de la historia Clínica completa: Hojas de evolución, anamnesis, examen físico, epicrisis, protocolo operatorio y hoja de anestesia en caso de cirugías, pedidos, copia de resultados, todos los exámenes de laboratorio, de imagen, Rx, de histología y demás procedimientos realizados.

Nota: El plazo para la solicitud de reembolso es 30 días a partir de la prestación del servicio o alta médica.

Observaciones: _____

FORMA DE PAGO: Cheque

Transferencia

Banco: _____ Tipo cuenta: _____

No. Cta. _____

Firma solicitante

ESPACIO EXCLUSIVO PARA AUDITORIA DE CUENTAS

VALOR SOLICITADO	VALOR APROBADO	N° DE BONOS	TOTAL A REEMBOLSAR

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE _____

FECHA: _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA CONTABILIDAD

FECHA ENTREGADO	FECHA ELABORADO	FECHA TESORERIA

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE _____

FECHA: _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA TESORERIA

FECHA ENTREGADO	FECHA ELABORADO	FECHA PAGADO

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE _____

FECHA: _____