

Ciudad: _____ Fecha: Día Mes Año
 Solicitud de reembolso: AMB. HOSP. Alcance de reembolso número:
 Número de contrato: - Bróker: _____

Número de Tránsito:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____ R.U.C.: _____
 Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____
 Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ Parentesco: _____ Edad: _____
 Dirección actual: _____ Telf.: _____
 E-mail: _____ ¿Tiene otro plan de asistencia médica?: Sí No ¿Cuál?: _____
 Plan Humana: _____ Inicio de vigencia Humana: Día Mes Año
 Cuenta restitución: Inst. emisora: _____ Ahorros Corriente T/C Cta. No.: _____
 Diagnóstico definitivo: CIE 10

2. DETALLE DE FACTURAS PRESENTADAS

Emisor	Factura No.	Valor	Emisor	Factura No.	Valor

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.: _____

Página 1 de 2
GC-FR-03V01

ATENCIÓN DE DOCUMENTOS AMBULATORIOS (En relación a su diagnóstico crónico)

- Formulario de solicitud de Alcance de Solicitud de Reembolso.
- 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 a realizarse.
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados que tengan relación con la solicitud de reembolso presentada.
- Historia Clínica en el formato 002 emitido por el Ministerio de Salud Pública o su equivalente (cuando el valor presentado para el reembolso supere los US\$ 200).

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

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