Solicitud de Reembolso de atención médica

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** |
| Contratante principal empresa:  Titular: Apellidos: Nombres: C.I.:  Paciente: Apellidos: Nombres: C.I.:  Parentesco : Edad:  Teléfono de domicilio: Celular: E-mail: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el médico tratante)** |
| La atención médica es producto de: Enfermedad Hospitalización Accidente Embarazo  Nombre del médico tratante: C.I./R.U.C.:  Especialidad: Teléfonos:  Diagnóstico definitivo: CIE 10  CIE 10  CIE 10  ¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas de esta enfermedad? Fecha: Día Mes Año  ¿Practicó una cirugía, antecedentes quirúrgicos o posibles complicaciones? Sí No *(En caso de que su respuesta es sí por favor*  *adjuntar la documentación de respaldo)*  ¿Practicó algún procedimiento? Sí No *(En caso de que su respuesta es sí por favor adjuntar la documentación de respaldo)*  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.  Fecha: Día Mes Año  FIRMA DEL AFILIADO  **NOTA: Si el beneficiario es menor de edad, firma el titular** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **IMPORTANTE: REQUISITOS BÁSICOS PARA LA PRESENTACIÓN DE REEMBOLSOS** |
| 1. Solicitud de reembolso de atención médica. 2. Facturas originales desglosadas o ride de pago de consultas, medicinas o exámenes con sus respectivos pedidos y resultados. 3. Facturas de honorarios médicos (cuando aplique) 4. Factura con desglose de todos los servicios y profesionales de salud que intervinieron. 5. Historia clínica y sus formularios (cuando aplique) (consulta externa, epicrisis, emergencia, protocolo operatorio, notas de evolución, etc.) | |

**IMPORTANTE LLENAR TODOS LOS CAMPOS**

GC-FR-02V03



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**1800 HUMANA (48 62 62)** [**www.humana.med.ec**](http://www.humana.med.ec/)