

## FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

Sucursal: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de solicitud: \_\_\_\_\_

### Datos generales del afiliado/beneficiario/paciente

Nombre(s) y apellido(s): \_\_\_\_\_

No. de cédula o pasaporte: \_\_\_\_\_

No. de póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono(s) de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si aplica): \_\_\_\_\_

### Datos del tipo de servicio

Nombre Prestador (centro o especialista): \_\_\_\_\_

Condición que motiva servicio (**Diagnóstico**): \_\_\_\_\_

Monto facturado \_\_\_\_\_ Monto reclamado \_\_\_\_\_

**Especifique causa del reembolso (favor describir motivo por el cual realizó pago directo)**

\_\_\_\_\_

**Especifique con una X la vía para recibir el reembolso:**

Transferencia a cuenta bancaria	<input type="checkbox"/>
Cheque	<input type="checkbox"/>

**En caso de transferencia especifique los datos del beneficiario de la cuenta:**

Nombre titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Cédula o pasaporte: \_\_\_\_\_

No. cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre de entidad bancaria: \_\_\_\_\_

**Especificar los documentos depositados:**

Copia de la cédula del afiliado	<input type="checkbox"/>
En caso de menores de edad, <b>copia cédula del titular del plan y acta de nacimiento del menor</b>	<input type="checkbox"/>
Copia de la indicación médica, sellada y firmada (si procede)	<input type="checkbox"/>
Facturas, recibo de pago, depósito o transferencia a Prestador y <i>voucher</i>	<input type="checkbox"/>

Otros (especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del reclamante*