CONFIAMED
MEDICINA PREPAGADA

## SOLICITUD PAGO REEMBOLSOS

ALCANCE A DIAGNOSTICO COORDINACION DE BENEFICIOS

CIUDAD FECHA Día Mes Año

BROKER / ASESOR NEGOCIO I E C MA

## DATOS GENERALES DEL AFILIADO

EMPRESA: _____ CONTRATO No.: _____

EMPLEADO: _____ CEDULA: _____

DIRECCION DE OFICINA: _____ TELF.: _____

Email: _____ CELULAR: _____

PACIENTE: _____ PARENTESCO: _____ EDAD: _____

## ANTECEDENTES MEDICOS-QUIRURGICOS (Exclusivo del Médico)

NOMBRE DEL MEDICO: _____ ESPECIALIDAD: _____ TELEFONO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS (CUANTO TIEMPO) _____

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE: ACCIDENTE ☐ CONGENITA ☐ EMBARAZO ☐ OTROS (EXPLIQUE) ☐ _____

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M. D | M | A

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO: _____

FIRMA DEL MEDICO

CODIGO DE REGISTRO EN CONESUP

## FACTURAS

| No. FACTURA | EMISOR | VALOR | No. FACTURA | EMISOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | TOTAL | |

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo para verificar y pedir la información que sea necesaria al Médico o Institución Hospitalaria, exámenes clínicos, historia clínica completa, o cualquier otro documento que se requiera.

Jeanneth Cueva C.
TRABAJADORA SOCIAL

FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO EMPRESA BROKER / ASESOR

C.I. _____