

### SOLICITUD DE RECLAMO

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.: \_\_\_\_\_ VERSIÓN: \_\_\_\_\_

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
<b>TOTAL</b>		

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.

FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO

EMPRESA

BROKER / ASESOR

C.I. \_\_\_\_\_