

## 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.

FIRMA DEL AFILIADO

Fecha: Día   Mes   Año

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.)