

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Empresa Contratante: \_\_\_\_\_  
 Selecciona el Contrato al que desea aplicar este reembolso: Corporativo  Individual  Empresarial  Renacer  Proteger   
 Titular: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
(Apellidos y nombres)  
 Teléfono Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
(Apellidos y nombres)

**2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el médico tratante)**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Fecha de atención: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico definitivo: 

<b>CIE 10</b>	_____
<b>CIE 10</b>	_____
<b>CIE 10</b>	_____

  
 La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad:  Accidente:  Embarazo:  Fecha FUM: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  
 Fecha de inicio de los primeros síntomas: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Fecha del diagnóstico primera vez: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**2.1. EN CASO DE CIRUGÍA:** Describa los procedimientos médicos completos y los antecedentes quirúrgicos previos \_\_\_\_\_

**2.2. INTERCONSULTAS:** ¿Ordenó interconsulta con otros Profesionales Médicos? Si  No  Especialidad: \_\_\_\_\_

Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de **HUMANA S.A.**

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO**

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR**

Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar toda la información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

**FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS)**

NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.

**FIRMA DEL TITULAR**

Fecha: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**4. REQUISITOS PARA REEMBOLSOS**

	Atención Ambulatoria	Hospitalización / Hospital del Día
1. Solicitud de Reembolso de Atención Médica debidamente llenada, sellada y firmada por el Médico tratante, Titular y Paciente.	✓	✓
2. Facturas físicas originales y/o facturas electrónicas (RIDE) por cada atención médica: consulta, honorarios médicos, medicinas, exámenes, laboratorio, imagen, terapias, procedimientos, etc.	✓	✓
3. Pedidos, resultados e informes de: exámenes de laboratorio, imágenes, terapias, etc.	✓	✓
4. Recetas de medicinas que incluya: nombre del medicamento, cantidad, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento.	✓	✓
5. Factura de la clínica o el hospital con desglose de todos los servicios brindados.	✓	✓
6. Historia clínica completa: anamnesis, examen físico, emergencia, notas de evolución, protocolo operatorio, registro de anestesia, epicrisis.	✓	✓
7. En caso de emergencias o urgencias: Formulario 008 emitido por el Hospital o Clínica.	✓	✓
8. En caso de violencia o delitos: Denuncia ante la autoridad competente	✓	✓
9. En caso de accidente de tránsito: Liquidación del SPPAT y parte policial	✓	✓
10. En caso de coordinación de beneficios: Liquidación original del primer financiador y todos los documentos que respaldaron el pago de esa liquidación.	✓	✓
11. En caso de gastos en el exterior, adicional a los documentos antes detallados, adjuntar comprobante de pago (voucher, estado de cuenta de tarjeta de crédito o estado de cuenta bancaria).	✓	✓