



MEDISALUD UT  
ATENCIÓN AL USUARIO  
**FORMATO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSOS**

**CODIGO MS-AU-P07-F1**

Junio 2018

**VERSIÓN 2**

**FORMATO DE SOLICITUD DE REEMBOLSOS**

Municipio de Radicación: \_\_\_\_\_ Fecha de Radicación: / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

No. Documento:	Nombres:		
Dirección:			Teléfono:
Correo electrónico:			

Valor Solicitado: \$		
No. Cuenta Bancaria: <i>(Consignación en caso de Generar Autorización)</i>	Cta de Ahorro: ____	Cta Corriente: ____
Nombre del Banco:		

Fecha de ocurrido el evento / ___/ ___/ ___/ ___/ (Tiempo máximo 8 días calendario luego de ocurrido el evento)
Tipo de evento: Transporte ____ Atención urgencias ____ Otros ¿Cuál?: _____

**Documentación que debe presentar:**

Para cualquiera de los casos es obligatorio presentar la siguiente documentación:

1. Carta de solicitud de reembolso, justificando los motivos y la relación de documentos entregados.
2. Original de las facturas. *(Acorde la normatividad vigente que rige la expedición de facturas como documentos exigidos por la DIAN)*. Factura Pormenorizada, con NIT y Razón Social.
3. Certificación bancaria para realizar la consignación del valor (solo se realizará transferencia bancaria)
4. Copia de la cedula del titular de la cuenta bancaria.

**Además según el caso, se debe presentar:**

**Transporte:** Copia de la atención médica y Original de tiquetes cuyo valor por trayecto sea superior a 1 día de Salario Mínimo Legal Vigente.

**Urgencias:** Copia de la atención de urgencias (resumen de atención o Epicrisis).

**Otros servicios que lleguen a ocasionar pago al usuario:**

- **Medicamentos:** Fórmula original emitida por un profesional de la red debe tener el sello de pendiente de la respectiva farmacia y copia de la Historia clínica de la atención medica que genera la solicitud del medicamento.
- **Servicios médicos:** Solicitud del servicio emitido por profesional de la red, soporte de solicitud ante Medisalud y copia de la historia clínica de la atención médica por la cual se está solicitando el reembolso.

Entregue la documentación en las oficinas de Atención al Usuario de cualquiera de las sedes de Medisalud.

**Firma del Usuario:**

**Firma de Quien recibe en Atención al usuario**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_