



MEDISALUD UT  
ATENCIÓN AL USUARIO  
FORMATO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSOS

CODIGO MS-AU-P07-F1

Octubre 2020

VERSIÓN 4

FORMATO DE SOLICITUD DE REEMBOLSOS

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

Datos del usuario afectado

No. Documento:	Nombres:
Correo electrónico:	
Fecha de ocurrido el evento / ____/ ____/ ____/ <i>(Tiempo máximo 8 días calendario luego de ocurrido el evento)</i>	
Tipo de evento: Transporte ____ Atención urgencias ____ Otros ¿Cuál?: _____	

Datos a quien se realizará la consignación en caso de ser aprobado:

No. Documento:	Lugar expedición Documento:		
Nombre Completo:			
Dirección:		Ciudad:	
Correo electrónico:		Teléfono:	
Valor Solicitado: \$			
No. Cuenta Bancaria:	Cta de Ahorro: ____	Cta Corriente: ____	
Nombre del Banco:			

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. Factura que se encuentre en papel químico deberá venir en fotocopia.
3. Certificación bancaria para realizar la consignación del valor (solo se realizará transferencia bancaria a entidades con código ACH por lo tanto las cooperativas no se podrán presentar para hacer dispersión de fondos).
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:** Formato original del pendiente emitido por la farmacia donde se realizó la solicitud del medicamento.

Tenga en cuenta para reembolsos de medicamentos:

- La compra debe ser posterior a 48 horas de generado el pendiente
- El medicamento comprado debe ser en la misma denominación formulada por el profesional
- ✓ **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.

La respuesta de aceptación y/o negación será notificada al correo electrónico registrado en este formato.

El pago deberá realizarse 15 días hábiles posterior a la radicación.

Tenga en cuenta el número del reembolso radicado para realizar la trazabilidad de la solicitud.

Nombre de quien radica la solicitud:

Nombre quien recibe en Atención al usuario

\_\_\_\_\_ No. reembolso: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

---

---

---