

RECOBRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CATASTROFICAS

Fecha de Versión	Versión	Código
20/10/2021	3	IN AC FO 02

Datos Generales

Recobro No	Ciudad y fecha de Diligenciamiento	Póliza N°	Valor Asegurado	Desde	
			Deducible	Hasta	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL AFILIADO		Edad	Identificación, clase cc u otra		Municipio y Depto Procedencia
			Direccion del domicilio		Telefono
I.P.S PRESTADORA DEL SERVICIO	Municipio	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Historia Clínica No:	Fecha de Ocurrencia dd/mm/aaaa d d m m a a a a	
DIAGNOSTICO CIE 10	Siniestro <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	COBERTURA AFECTADA			

LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS SOPORTE REQUERIDOS

GENERALES	VISADO	ESPECIFICOS POR PATOLOGÍAS	VISADO
1. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION.		1.NOTA QUIRURGICA	
2. FOTOCOPIA DEL CARNET DE AFILIACION VIGENTE.		2.AYUDAS DIAGNOSTICAS	
3. RESUMEN DE HIST. CLINICA Y/O EPICRISIS COMPLETA		3.FACTURA DE PROTESIS	
4. REPORTE DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS.		4.ASISTENCIA A DIALISIS	
5.RELACIÓN DISCRIMINADA DE GASTOS O SOPORTES.		5.CARTA DE LUND Y BORDER	
6.FACTURAS DE INSUMOS UTILIZADOS (PROTESIS U OTROS).		6.ELISA O WESTERN-BLOTT	
7.ACTAS DE COMITES TECNICO CIENTIFICOS		7.DESTINO Y MOTIVO DE TRASLADO	
8. OTRO DOCUMENTO SOPORTE ADICIONAL QUE SE ANEXA.		CUAL _____	

RECOBRO DE COSTOS DE ATENCIÓN POR ENFERMEDADES CATASTROFICAS

Factura N°	Fecha Atencion D / M / A	Servicio Prestado	Valor total de la Factura	Valor Fuera de Cobertura	Valor Deducible	Valor Neto Reclamado
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
TOTAL			\$	\$	\$	\$

EN PACIENTES CON TERAPIA PROLONGADA SOLAMENTE SE REQUIERE CERTIFICACIÓN MEDICA A MODO DE .

RESUMEN MENSUAL DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGÍA

_____ MEDICO AUDITOR	_____ MEDICO AUDITOR	_____ AUDITORIA DE RECOBRO	_____ MEDICO AUDITOR
-------------------------	-------------------------	-------------------------------	-------------------------