

REQUISITOS PARA EL TRAMITE DE REEMBOLSOS RUTINARIOS.

CONSIDERACIONES GENERALES

La Compañía indemnizará los gastos en que hayan incurrido nuestros asegurados, una vez se demuestre la ocurrencia y cuantía del servicio reclamado según lo establecido en Capítulo Cláusulas Genéricas – AVISO Y PAGO DE RECLAMACIONES; hasta los límites identificados en la carátula de la póliza y aplicando los deducibles a que haya lugar, bajo la modalidad de reembolso (Capital fuera de red), siempre y cuando el beneficiario amparado tenga contratado éste amparo en la póliza de seguro de salud y así lo especifiquen los límites de cobertura de la carátula de la póliza.

En caso que se requiera documentos adicionales para determinar el derecho o cuantía de la indemnización, **La Compañía** podrá solicitarlos, sin que esto implique de modo alguno que se otorgue conformidad.

Los documentos exigidos están sujetos a variación de acuerdo a los requerimientos en el proceso de evaluación de los reembolsos y de la Dirección de Indemnizaciones.

El pago del reembolso será realizado al Tomador o Asegurado Principal de la Póliza o a quien éste autorice mediante diligenciamiento en el Formato de Solicitud de reembolso (Receptor Alternativo).

¿Cuáles son los documentos que siempre se deben adjuntar para radicar un reembolso rutinario?

- ✓ Formato de solicitud de reembolso diligenciado de manera completa, clara y legible, incluyendo información bancaria del asegurado principal y/o autorización de pago alternativo autorizado por el asegurado principal.
- ✓ Factura (s) de venta original (es) canceladas, que cumplan los requisitos de la DIAN y desglosadas según sea necesario.
- ✓ Comprobantes de pago del valor reclamado en los cuales se evidencie de manera clara la información del pagador y de los conceptos pagados.

Adicional a los documentos anteriores y de acuerdo al(los) servicio(s) reclamado se debe adjuntar:

1. CONSULTAS MEDICAS (ESPECIALISTAS, MEDICO GENERAL, PARAMEDICOS)

- Documento legal que acredite el pago (factura cancelada o recetario médico membretado) que incluya: fecha de atención, nombre completo del usuario, identificación, especialidad del Profesional, con sello y registro del médico.

2. EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO:

- Factura original discriminada indicando cada uno de los exámenes facturados con su respectivo valor.
- Orden médica con diagnóstico y tiempo de evolución.

3. EXAMENES DE LABORATORIO Y RX:

- Factura original discriminada indicando cada uno de los exámenes facturados con su respectivo valor.
- Orden médica o copia de los resultados.

4. TERAPIAS

- Factura o cuenta de cobro cancelada y discriminada, fecha de atención, nombre completo del usuario, indicando claramente el # de sesiones realizadas, valor por cada una y sus fechas respectivas, con firma y registro del profesional que presta el servicio.
- Orden médica expedida por el médico tratante en original indicando el número de sesiones y el tipo de terapias ordenadas. Para terapias de uso permanente la orden médica debe ser renovada cada 60 días.

5. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Medicamentos Derivados de Hospitalización, urgencias o consulta prioritaria

- Factura original en la cual se discrimine el medicamento, cantidad y valor.
- Formulario de egreso de la institución, en la cual incluya Fecha de atención, nombre del paciente, documento de identidad, diagnóstico, tiempo de evolución, dosis, cantidad, especialidad del médico.
- En caso de que el evento no haya sido cubierto por la póliza, se requiere adicionalmente resumen de historia clínica y/o Epicrisis.

Medicamentos comerciales (Aplica únicamente para las pólizas que cuentan con esta cobertura y así se especifica en la tabla de coberturas de su póliza):

- Factura original en la cual se discrimine el medicamento, cantidad y valor.
- Orden médica en original que incluya: Fecha de atención, nombre del paciente, documento de identidad, diagnóstico, tiempo de evolución, dosis, cantidad, especialidad del médico.
- **NOTA:** Si el medicamento corresponde a una patología crónica, la orden médica tiene una vigencia de tres (3) meses y debe estar registrado en la orden médica que se trata de un "*Medicamento de uso permanente*".

6. TRATAMIENTO MEDICO NO HOSPITALARIO (AMPARO A Y B)

- Orden médica original que incluya fecha de atención, nombre del paciente, documento de identidad, diagnóstico (obligatorio), tiempo de evolución.
- Para medicamentos revisar ítem 5.
- Para consultas revisar ítem 1.

¿En caso de tener solicitudes de varios asegurados del mismo grupo familiar se pueden incluir en la misma reclamación?

No. Se debe presentar la reclamación por cada asegurado afectado, no se aceptan solicitudes de reembolso que incluyan soportes de varios asegurados aun cuando pertenezcan a la misma póliza.