



## FORMATO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

### PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO



UNIDAD DE SALUD  
Comprometidos con la vida

Código:

Fecha de Realización:

Fecha de actualización:

Versión:

001

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Código Interno: \_\_\_\_\_

Señores:

**Unidad de Salud - Universidad del Cauca.**

Por medio de la presente solicito comedidamente a ustedes se sirvan tramitar el reembolso que se cita en este documento.

Según la solicitud, marcar con equis dentro del o los recuadros correspondientes:

**Causa del Reembolso:**

1. Solicitud de reembolso por servicio de urgencias

2. Solicitud de Reembolso por Autorización Previa.

**Anexos:**

1. Facturas originales que cumplan con los requisitos de la DIAN

2. Formato de "Autorización Previa" en los casos establecidos.

3. Copia de la Historia Clínica que justifique el evento objeto de reembolso.

4. Copia de la Orden Médica de solicitud del evento objeto de reembolso.

**Forma de Pago:**

Cuenta de: Ahorros  Corriente  Número: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Nombre del Cotizante:

Nombre del Beneficiario:

Documento de Identidad:

Documento de Identidad:

Dirección:

Correo Electrónico:

Teléfono - Celular:

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado Cotizante