

AUTORIZACIÓN NO.:		FECHA:		AUTORIZADO POR:	
-------------------	--	--------	--	-----------------	--

**DATOS DEL AFILIADO**

NOMBRE Y APELLIDOS:				NO. AFILIADO:			
DIRECCIÓN				NSS:			
TEL. CASA			TEL. MÓVIL		TIPO AFILIADO: <input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPEN.		
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA NAC.:	DÍA	MES	AÑO	CÉDULA:		
TIPO DE PLAN: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIO <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO		NOMBRE DEL PLAN:		<input type="checkbox"/> FLEX SMART <input type="checkbox"/> FLEX UP <input type="checkbox"/> FLEX CARE		<input type="checkbox"/> FLEX LIFE <input type="checkbox"/> OTRO	

**DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS**

NOMBRE DEL CENTRO:		CÓDIGO:	
NOMBRE DEL MÉDICO:		CÓDIGO:	
ESPECIALIDAD:			
DIAGNÓSTICO:			

**SERVICIOS**

TIPO DE SERVICIO: <input type="checkbox"/> CONSULTA <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> BIOPSIA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/> ESTUDIO DE DIAGNÓSTICOS			
FECHA INGRESO:		FECHA EGRESO:		TOTAL DE DÍAS INTERNAMIENTO:	
MONTO RECLAMADO POR EL PSS		MONTO A PAGAR POR LA ARS		DIFERENCIA A PAGAR POR EL AFILIADO	

Firma del afiliado

Firma del Médico Tratante

Cédula del afiliado

Exequatur

Sello

**Información Importante:** Esta reclamación está sujeta a las normativas del manual del prestador, contrato y protocolos establecidos.