FICHA DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSOS DE GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICO-FARMACEÚTICA EN OTROS CENTROS SANITARIOS POR NO DISPONIBILIDAD EN EL INSESO

1. DATOS DE AFILIACIÓN

Nombre y Apellidos		Fecha Nacimiento	
N° de Seguridad		Patrono	
Residencia		Teléfono	

2. REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA MÉDICA

	Consulta especializada		Cirugía Urgente
	Laboratorio		Hospitalización Urgente
	Diagnóstico por imagen		Politraumatismo
	Medicación		Otras:
Importe total de las facturas presentadas (FCFAS):			

3. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA / PRESENTADA

	Informe médico de consulta o egreso de hospitalización, del centro donde fue asistido, firmado y sellado por el médico asistente y validada por la dirección.
	Hoja de remisión de los centros sanitarios del INSESO, donde fue asistido previamente y requerido su remisión, firmado por el médico asistente y validado por la Dirección médica.
	Copia del D.I.P y el carne de seguro social en vigor o comprobante de renovación
	Receta prescrita por un médico de los centros sanitarios del INSESO, con su correspondiente autorización de compra de productos faltantes, confirmado por el farmacéutico.
	Orden médica de solicitud de exámenes paraclínicos (laboratorio, imagenología, etc.)
	Certificado de NO DISPONIBILIDAD de la asistencia médica, en el caso de especialidades médicas, u otros servicios especiales en los centros sanitarios del INSESO, firmado por la dirección.
	Facturas originales (con logotipo) de pago de los servicios recibidos y/o medicamentos adquiridos, firmado y sellados.

Centro sanitario donde fue asistido (Excepto casos de recetas): _____

Fecha y hora de asistencia: ____/ __ / ____

_____, a _____ de _____ del 202

EL / LA SOLICITANTE

Nota: estimado usuario, se realizará una conciliación entre los precios del INSESO y las facturas aportadas, en la cual, los productos farmacéuticos y/o demás asistencia, incluidos en esta solicitud no serán subvencionados en ningún caso por un importe superior al de los centros sanitarios del INSESO, ni al de los centros sanitarios donde ha sido asistido.