

Requisitos para pago a empresas

- Recuerda que la entrega de esta solicitud está sujeta al análisis y aprobación, por lo tanto no implica autorización del pago.
- Te informamos que según el artículo 24 ley 1562 de 2012, tendrás 3 años después de recibir la atención y/o calificación del evento para solicitar el reembolso.
- En caso de no aportar datos de cuenta bancaria, los pagos se generarán por cheque a través de las oficinas del Banco de Bogotá.

Solicitud de reembolso gastos de traslado a atenciones médicas:

- Diligenciar formato solicitud de reembolso por prestaciones asistenciales *(formulario 1)*.
- Constancia de la atención recibida *(la podrá solicitar en el lugar donde recibió la atención)*.
- Diligenciar formato de relación detallada de atención *(formulario 2)*.

Importante Tener en cuenta que el tipo de transporte será autorizado según la condición clínica del paciente (Condiciones de salud que impidan el desplazamiento, como por ejemplo, sillas de ruedas o tutores externos).

Los servicios de medicamentos, atención médica, hospedaje y alimentación deberán ser prestados únicamente por la red de ARL SURA.

Dado lo anterior, lo siguiente es solo para casos especiales y su pago estará sujeto a auditoría:

Solicitud de reembolso medicamentos:	Solicitud de reembolso por atención médica:	Solicitud de reembolso por alimentación u hospedaje para atención médica:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diligenciar formato solicitud de reembolso por prestaciones asistenciales <i>(formulario 1)</i>. <input type="checkbox"/> Fórmula médica. <input type="checkbox"/> Resumen de atención médica donde sustente la formulación <i>(Esto lo solicita en el lugar donde fue atendido)</i>. <input type="checkbox"/> Factura original. <input type="checkbox"/> Anexe la carta donde justifique por qué no utilizó la red de ARL SURA. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diligenciar formato solicitud de reembolso por prestaciones asistenciales <i>(formulario 1)</i>. <input type="checkbox"/> Resumen de la atención médica recibida <i>(Esto lo solicita en el lugar donde fue atendido)</i>. <input type="checkbox"/> Factura original. <input type="checkbox"/> Anexe la carta donde justifique por qué no utilizó la red de ARL SURA. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diligenciar formato solicitud de reembolso por prestaciones asistenciales <i>(formulario 1)</i>. <input type="checkbox"/> Factura original de la compra de estos servicios. <input type="checkbox"/> Anexe la carta donde justifique por qué no utilizó la red de ARL SURA.

Solicitud de Reembolso de
Prestaciones Asistenciales

Empresas

Importante

- Recuerda, si vas a diligenciar este formato es porque la empresa, cubrió los gastos asistenciales y necesita que ARL los reembolse.
- Este formato se debe diligenciar en letra legible.
- La entrega de esta solicitud esta sujeta al análisis y aprobación, por lo tanto no implica autorización del pago.

Fecha de elaboración

DD / MM / AAAA

Oficina de ARL SURA donde se entregarán los documentos

Datos de la empresa solicitante

Razón Social de la empresa

NIT

Ciudad

Dirección

Teléfono fijo

Teléfono celular

Correo electrónico

Valor solicitado en números

Valor solicitado en letras

Por concepto de Alimentación Transporte Alojamiento
 Otros. ¿Cuales? _____

Datos para pago a la empresa

Entidad financiera

Ciudad cuenta bancaria

 Tipo de cuenta Ahorro Corriente | Número de cuenta bancaria

Datos del trabajador que presentó el evento laboral

Nombres y apellidos

Cédula

Dirección correo electrónico

Ciudad

Teléfono

Fecha de evento laboral DD / MM / AAAA

Nombre de quien lo solicita:

Cargo:

Sello de la empresa

Formulario 2

Relación de fechas de atenciones



No.	Fecha cita o terapia	Recorrido transporte		Tipo transporte		Total a cobrar por transporte
		Origen	Destino	Valor bus	Valor taxi	
1	DD / MM / AAAA					
2	DD / MM / AAAA					
3	DD / MM / AAAA					
4	DD / MM / AAAA					
5	DD / MM / AAAA					
6	DD / MM / AAAA					
7	DD / MM / AAAA					
8	DD / MM / AAAA					
9	DD / MM / AAAA					
10	DD / MM / AAAA					
11	DD / MM / AAAA					
12	DD / MM / AAAA					
13	DD / MM / AAAA					
14	DD / MM / AAAA					
15	DD / MM / AAAA					
16	DD / MM / AAAA					
17	DD / MM / AAAA					
18	DD / MM / AAAA					
19	DD / MM / AAAA					
20	DD / MM / AAAA					
21	DD / MM / AAAA					
22	DD / MM / AAAA					
23	DD / MM / AAAA					
24	DD / MM / AAAA					
25	DD / MM / AAAA					
26	DD / MM / AAAA					
27	DD / MM / AAAA					
28	DD / MM / AAAA					

Total: