

**Requisitos para pago a personas**

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

## — Formulario 1

Solicitud de Reembolso de  
Prestaciones Asistenciales

Personas

**Importante**

- 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.



Si el solicitante reside en área rural donde sea difícil enviar correspondencia o hacer contacto telefónico por favor en la solicitud, coloque el nombre, dirección y teléfono de un familiar o conocido a través de la cual se pueda enviar cualquier información o solicitud necesaria.

**Datos de la persona contacto**

Nombres y apellidos

Ciudad residencia

Dirección residencia

**Fecha de elaboración**

DD / MM / AAAA

**Oficina de ARL SURA donde se entregará****Datos de la persona solicitante**

Nombres y apellidos

Cédula

Ciudad residencia

Dirección residencia

Teléfono fijo

Teléfono celular

Correo electrónico

Fecha del evento laboral DD / MM / AAAA

Valor solicitado en números

Valor solicitado en letras

Por concepto de  Alimentación  Transporte  Alojamiento Otros. ¿Cuales? \_\_\_\_\_**Datos para pago a la persona**

Entidad financiera

Ciudad donde tiene la cuenta bancaria

Tipo de cuenta  Ahorro  Corriente

Número de cuenta bancaria

Los datos personales (incluso sensibles como los de salud) suministrados o anexados al presente formato, serán tratados por Suramericana SA con la finalidad de estudiar el pago de la prestación reclamada, realizar auditoría y las demás finalidades contempladas en la política de privacidad disponible en nuestra página web.

Firma

Formulario 2

Relación de fechas de atenciones



No.	Fecha cita o terapia	Recorrido transporte		Tipo transporte		Total a recobrar 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: