

Reembolsos ante Unisalud

Conozca los requisitos para realizar las solicitudes de reembolso ante **Unisalud sede Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira**, según la sede en que reciba sus atenciones en salud.

1.

Medicamentos:

- Fotocopia cédula.
- Fórmula médica transcrita por Unisalud.
- Facturas originales que cumplan con los requisitos legales.
- Soporte entregado por gestor farmacéutico, el cual menciona que está agotado el medicamento.
- Si no está creado en el **sistema QUIPU**, debe diligenciar el formato de creación de terceros y anexar certificación bancaria (área Financiera entrega el formato).

Tenga en cuenta:

- A partir de la fecha de la compra solo tiene quince (15) días calendario para solicitar el reembolso, solicitudes posteriores no serán gestionadas.
- Los Medicamentos NO incluidos en el plan de beneficios, deben contar con el acta de aprobación del Comité Técnico Científico y el registro en la fórmula de la **NO disponibilidad** por el gestor farmacéutico.

2.

Lentes y monturas:

En primera instancia se debe hacer uso de los contratos vigentes con las ópticas. Si opta por adquirir los lentes con ópticas no contratadas debe:

- Dirigirse a la División Administrativa y Financiera (o quien haga sus veces) con la **autorización generada por Unisalud**, para que puedan explicar el proceso y se realicen las gestiones necesarias que respaldan el costo del servicio (**CDP y RAG**).
- Allí le entregan el formato de solicitud de reembolso y le indican el procedimiento, que debe ser previo a la radicación de la factura original, la cual debe cumplir los requisitos legales por la compra de los lentes y monturas, discriminado.

3.

Reconocimiento de transporte:

- Anexar las órdenes médicas, autorizaciones respectivas de las citas que va a cumplir, aval del área de aseguramiento o quien haga sus veces, historia clínica que justifique el traslado del cotizante o de los beneficiarios, factura original que cumpla con los requisitos legales, que exista concordancia con las fechas de los traslados y fotocopia de la cédula del cotizante.
- Unisalud reconocerá los servicios y los valores autorizados en el las resoluciones de las tarifas vigentes.
- Aplica exclusivamente para prestación de servicios de salud que no cuentan con prestador contratado en el lugar de residencia.
- Los traslados deben ser coordinados con la oficina de Aseguramiento, o Referencia y Contrarreferencia en caso de Urgencias.

4.

Hospitalización y otros servicios asistenciales ambulatorios, tecnologías en salud y consultas especializadas:

- Se prestará exclusivamente cuando Unisalud no cuente con el servicio en su red de prestadores, en el lugar de residencia del usuario.
- Se debe anexar el aval previo o el registro en la autorización del visto bueno de las áreas encargadas en la Sedes, **a través de sus dependencias: Autorizaciones o de Referencia y contrarreferencia.**
- La historia clínica correspondiente a la atención, facturas originales que cumplan con los requisitos legales, copia de resultado de exámenes, fotocopia cédula.



SOLICITUD DE REEMBOLSO

Apreciado usuario, antes de diligenciar el presente formato, lea cuidadosamente TODA la información consignada al respaldo, es muy importante para la celeridad de este trámite.

Fecha:	DD		MM		AA	
---------------	-----------	--	-----------	--	-----------	--

NUMERO DE REEMBOLSO	
----------------------------	--

1-IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

Nombres y apellidos completos _____
 Documento de identidad: CC ___ CE ___ TI ___ No _____

2- CALIDAD DE LA AFILIACION	Cotizante Unal	
------------------------------------	----------------	--

3- SERVICIO OBJETO DEL REEMBOLSO

Frente a la casilla de servicios marque con una X el servicio por el que está solicitando el reembolso y por favor lea detenidamente las instrucciones al respaldo para su diligenciamiento:

SERVICIO	NÚMERO	SERVICIO	NÚMERO
Factura Lentes (Auxilio)		Factura Consulta medica	
Factura Medicamentos		Factura Hospitalización	
Factura Ayudas Diagnosticas		Factura Atención de Urgencias	
Otros. Cual		Factura Atención Medica en el Exterior	

4. DOCUMENTOS QUE ANEXA EL SOLICITANTE

TIPO DE DOCUMENTO	SI/NO	TIPO DE DOCUMENTO	FOLIOS
Documento de identidad		Resumen de Historia Clínica	
Remisión		Fórmula	
Autorizaciones		Resultados Exámenes	
CTC		Soportes servicios en el Exterior	
Otro. ¿Cuál?			

5. CIUDAD EN LA QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO

6. Por favor explique las razones por las que se realizó el procedimiento y/o servicio fuera la red contratada por Unisalud

7. VALOR REEMBOLSO SOLICITADO.

La solicitud de reembolso corresponde al valor total de: (Anotar en números y letras)
 \$ _____ Valor en letras: _____
 Para ser pagados: (marque con una X el medio de pago de su preferencia)
 Cheque: _____
 Consignados en la cuenta ___ No. _____ Ahorros ___ Corriente ___
 Entidad Bancaria _____ De la Ciudad de _____

FIRMA.		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
Dirección		Teléfono	Correo Electrónico

Con mi firma manifiesto que he sido debidamente informado(a) sobre el proceso y los requisitos que se deben cumplir para acceder al reembolso

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SER DILIGENCIADO POR UNISALUD

El Valor reconocido por UNISALUD es de \$ _____
 Valor en letras _____
 Correspondiente a: _____
 Nombre de quien revisó la solicitud: _____

Instructivo para diligenciar formato de reembolso

Diligencie con letra legible TODA la información solicitada.

Numeral 1 y 2:

En los espacios establecidos para el tipo de identidad y la calidad de la afiliación, marque con una X la opción que le corresponde.

Numeral 3:

En el recuadro que reúne los posibles servicios objeto del reembolso, marque el número de facturas que Usted presenta por servicio. **Ejemplo Usted compró 5 medicamentos**, en días diferentes y tiene una factura por dos y otra por tres; se relaciona: Frente a la casilla Factura de medicamentos, y en la columna correspondiente a **NUMERO**, la cantidad de facturas, para este caso 2. Así sucesivamente con cada opción que Usted requiera.

Si no encuentra relacionado el servicio, ingréselo en la casilla Otros.

Numeral 4:

En el cuadro de documentos soporte, es muy importante para Usted y para UNISALUD, que se relacionen cuidadosamente los soportes **QUE VAN PERMITIR LA AGILIDAD DE ESTE TRÁMITE.**

Para la primera columna, escriba frente a la casilla correspondiente, la palabra si o no dependiendo si Usted adjunta o no el documento solicitado.

Para la relación de la segunda columna, consigne en la denominada Folios, la cantidad de soportes por documento relacionado.

Numeral 5:

Consignar la ciudad donde se le prestaron los servicios es una información de vital importancia para UNISALUD por cuanto permite evaluar la red de prestadores y la información que tienen los usuarios sobre la misma.

Numeral 6:

Describa brevemente cual fue el motivo o razón por la que el procedimiento o servicio se realizó por fuera de la red contratada por Unisalud.

Numeral 7:

Los datos relacionados con la forma de pago y en caso de ser consignación, los datos de la cuenta para realizar la transacción del valor del reembolso. La dirección y el teléfono permiten aclarar información para asegurar un trámite exitoso.

Apreciado usuario es importante tener presente que los reembolsos en UNISALUD, se dan de la siguiente manera:

1. Los procedimientos médicos, consultas y hospitalizaciones que Usted deba cubrir por circunstancias especiales que lo llevan fuera de red de prestadores de UNISALUD y fuera del horario hábil de la Oficina de Autorizaciones, se reconocen a lo establecido en la normatividad aplicable en Unisalud (**Manual tarifario vigente**).
2. para el caso de los medicamentos la tarifa reconocida será la vigente para Unisalud, o al precio máximo cuando se trate de medicamentos regulados.
3. Respecto a lentes se refiere a lo indicado en el plan de beneficios vigente de Unisalud.

Nota: Adjuntar original de la factura electrónica.

Dando cumplimiento al artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, la radicación del reembolso deberá hacerse en los quince (15) días hábiles siguientes al alta del paciente y/o compra de los medicamentos.

Recuerde que puede acceder al directorio de Unisalud escanéando el QR



Conozca más de la Unidad en:

Sitio web:



www.unisalud.unal.edu.co

Youtube:



[@unisalud-universidadnacionalco](https://www.youtube.com/@unisalud-universidadnacionalco)

Facebook:



facebook.com/UnisaludUNAL

X (twitter):



x.com/Unisalud_UNAL