# FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS Y/O MEDICAMENTOS

Cuando no se autorice la prestación de un servicio de salud o el suministro de medicamento, entregue este formulario al usuario, debidamente diligenciado.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la entidad administradora de planes de beneficios, I.P.S. o entidad territorial.**  |  |
| **Número de formato**  |  |

**Fecha de la solicitud del servicio** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de diligenciamiento del formato** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datos generales del solicitante del servicio:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Primer apellido** | **Segundo apellido** | **Nombre completo**  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de identificación** | **Número del documento de identificación** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Teléfono de contacto** | **Ciudad / Municipio** | **Departamento** |
|  |  |  |

**Indique con una (X) el tipo de plan del usuario**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan de beneficios en salud cubierto con la UPC.**  | **Plan de beneficios en salud no cubierto por la UPC.**  | **Plan de medicina prepagada (PMP)** | **Poblacion pobre no cubierta con subsidio a la demanda** |
|  |  |  |  |

**Fecha de afiliación del usuario** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indique con una (X) el estado de la afiliación**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vigente** | **Supendido** | **Remitir sin aseguramiento** |
|  |  |  |

**Clase de servicio no autorizado y recomendaciones al usuario**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio no autorizado - código o medicamento no autorizado** |  |
| **Descripción**Escriba el servicio, procedimiento, intervención, etc. |  |
| **Justificación**Escriba el motivo de la negación. |  |
| **Fundamento legal**Relacione las disposiciones que presuntamente respaldan la decisión |  |

Escriba las alternativas que existen para que el usuario acceda al servicio de salud o medicamento solicitado con el propósito que haga valer sus derechos legales y constitucionales:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y cargo del funcionario que niega el servicio** |  |
| **Firma del funcionario que niega el servicio** |  |
| **Firma del peticionario** |  |

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada acuda a la Oficina de Atención la Usuario de su EPS. Si su queja no es resuelta, formule una consulta a la Superintendencia Nacional de Salud a través de los canales de atención.

Para mayor información ingrese a [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)