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