



CUPÓN DE COBRO DE CONSULTA EXTERNA

No. DE VERIFICACIÓN
ELECTRÓNICA: _____

● DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ No. CELULAR: _____

SEXO: F M DPI:

CARNÉ:

FECHA DE CONSULTA: _____

FECHA ESTIMADA DE INICIO DE ENFERMEDAD: _____

VALOR DE COPAGO COBRADO: _____

DIAGNÓSTICO (S): _____

OBSERVACIONES: _____

● DATOS DEL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

COLEGIADO: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO
TRATANTE

FIRMA AFILIADO

ROB. CUP. 01

FECHA DE IMPRESIÓN 16/02/2018

REQUISITOS INDISPENSABLES PARA COMPLETAR EL CUPÓN DE COBRO DE CONSULTA EXTERNA

- SOLICITAR CARNÉ DE IDENTIFICACION DE **ROBLERED** AL PACIENTE Y SU FECHA DE NACIMIENTO
- **DE NO PRESENTAR SU CARNÉ DEBERÁ CANCELAR EL 100% DEL COSTO DE LA CONSULTA.**
- **PREVIO A PRESTAR EL SERVICIO**, REALIZAR VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA COMUNICANDOSE A LOS NÚMEROS **1-801-0083743 (No. GRATUITO)**, O AL PBX: **2334-7947**.
- EL NÚMERO QUE LE PROPORCIONA EL SISTEMA DE VERIFICACIÓN DEBE ANOTARLO EN LA ESQUINA SUPERIOR DERECHA DEL CUPON.
- SI SE APRUEBA EL SERVICIO, AL SOLICITAR LA VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA, ESTE LE INDICARÁ EL VALOR DEL COPAGO A CANCELAR.
- SI TIENE ALGÚN INCONVENIENTE AL REALIZAR EL PROCESO DE VALIDACIÓN DEL CUPÓN, POR FAVOR COMUNIQUESE AL: **DEPARTAMENTO DE ASESORIA ROBLERED AL PBX: 2285-7960** Ó AL CORREO ELECTRÓNICO: **robleredconsultaexterna@elroble.com**

IMPORTANTE: DE NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ANTES MENCIONADOS, ROBLERED NO GARANTIZA CUBRIR EL PAGO DE LA CONSULTA