

SOLICITUD Y JUSTIFICACION DEL MEDICO TRATANTE PARA SERVICIO MEDICO O PRESTACION NO POS

<i>Nombres y apellidos del Pacientes</i>	<i>Tipo y numero de Identificación</i>

Servicio médico o prestación NO POS solicitado:

<i>Nombre del servicio médico o prestación</i>	<i>Frecuencia de uso</i>	<i>Cantidad solicitada</i>	<i>Días Tratamiento</i>

Servicio médico o prestación POS que sustituye o reemplaza con el servicio médico o prestación NO POS

<i>Nombre del servicio médico o prestación no POS*</i>	<i>Frecuencia de uso</i>	<i>Cantidad solicitada</i>	<i>Días Tratamiento</i>

*** Si no existe sustituto o reemplazo en el POS, justificar (evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante):**

Justificación del médico tratante:

Fecha de la solicitud: Día _____ Mes _____ Año _____ **Tratamiento:** Ambulatorio _____ Hospitalario _____

Código Diagnostico: _____ **Descripción Diagnostico:** _____

Descripción del Caso Clínico: _____

Justificación del médico tratante para la solicitud del servicio médico o prestación no POS:

Servicio médico o prestación: Único _____ Único con repetición _____ Sucesivo: _____

Si el servicio médico o prestación se debe repetir, explique el motivo de la repetición:

Nueva evaluación _____ Complicación _____ Recurrencia de la afección _____ Presunta mala praxis _____

Objetivo del servicio No POS: promoción _____ Prevención _____ Diagnóstico _____ Tratamiento y/o rehabilitación _____

Servicio médico o prestación POS que sustituye o reemplaza con el servicio médico o prestación NO POS

Nombre Medico Tratante _____ **R.M. No:** _____

FIRMA MEDICO TRATANTE:

Espacio a diligenciar solo por la EPS	
Codigo de la prestación:	Nombre de la prestación