



**SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA
FORMULARIO PARA ENVIO DE ALCANCE A RECLAMO**

A.- NOMBRE DE LA EMPRESA CONTRATANTE _____

B.- NOMBRE DEL TITULAR _____

C.- NOMBRE DEL PACIENTE _____

D.- ALCANCE A RECLAMO No. _____

DIAGNOSTICO _____

E.- GRUPO _____

	FORMULARIOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS	_____
<input type="checkbox"/>	FACTURA DE CONSULTAS MEDICAS - HONORARIOS	_____
<input type="checkbox"/>	ORDEN DE MEDICINAS	_____
<input type="checkbox"/>	FACTURA DE MEDICINAS	_____
<input type="checkbox"/>	ORDENES DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN	_____
<input type="checkbox"/>	FACTURAS DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN	_____
<input type="checkbox"/>	ORDENES DE INTERCONSULTAS	_____
<input type="checkbox"/>	FACTURAS DE INTERCONSULTAS	_____
<input type="checkbox"/>	ORDENES DE FISIOTERAPIA	_____
<input type="checkbox"/>	FACTURAS DE FISIOTERAPIA (Incluir desglose de fechas)	_____
<input type="checkbox"/>	COPIA DE HISTORIA CLÍNICA (Solo si es hospitalario)	_____
<input type="checkbox"/>	FACTURA POR SERVICIOS DE HOSPITAL (Incluir desglose)	_____
<input type="checkbox"/>	OTROS (Resultados Exámenes Médicos, Placas RX, etc)	_____
OBSERVACIONES: _____		

VALOR TOTAL		_____

FIRMA DEL TITULAR