

## FORMULARIO PARA COMPLEMENTO DE RECLAMO DE GASTOS MEDICOS

Favor de completar este formulario con los datos solicitados para efectuar la liquidación del complemento de su reclamo.

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente reclamante: \_\_\_\_\_

Póliza No.: \_\_\_\_\_ Certificado No.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Agente o Corredor: \_\_\_\_\_

Agradecemos indicar información de su reclamo inicial por este mismo padecimiento (datos indicados en su liquidación anterior)

No. de Cheque: \_\_\_\_\_ No. de Reclamo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_

Si sus gastos son complemento a un reclamo tramitado bajo el sistema de pago directo por favor indique:

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

Detalle los siguientes documentos:

NOMBRE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Hospital, médico, farmacia o laboratorio)	No. DE FACTURA	VALOR
<b>TOTAL</b>		

Cod. 10591 6.000 H. 03/10 -47

Indique con una X si adjunta los siguientes documentos:

Recetas Médicas

Ordenes de Laboratorio

Resultados de Laboratorio

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del asegurado principal: \_\_\_\_\_