



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
TOTAL		

Indique con una X si adjunta los siguientes documentos:

Recetas Médicas Ordenes de Laboratorio Resultados de Laboratorio

Fecha: _____ Firma del Asegurado Principal: _____