

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN

FOLIO: _____

Nombre del tramitante: _____ Teléfono: _____

Tipo de Trámite CP Reembolso

Paciente: _____

Póliza anterior: _____ No. de cert.: _____

Póliza actual: _____ No. de cert.: _____

No. De Siniestro: _____

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Admision Hospitalaria | <input type="checkbox"/> | Pago de diferencias |
| <input type="checkbox"/> | Autorizaciones especiales, correos que avalen o aclaren el pago de la | <input type="checkbox"/> | RX o Videos |
| <input type="checkbox"/> | Declaración del Médico Tratante | <input type="checkbox"/> | Recetas médicas |
| <input type="checkbox"/> | Declaración de Reclamante | <input type="checkbox"/> | Resultados de estudios |
| <input type="checkbox"/> | Estado de cuenta del Hospital | <input type="checkbox"/> | Vigores |
| <input type="checkbox"/> | Expediente clinico y/o información médica | <input type="checkbox"/> | Otro _____ |

No. De Factura o Recibo Cantidad reclamada

1	_____	\$	_____
2	_____	\$	_____
3	_____	\$	_____
4	_____	\$	_____
5	_____	\$	_____
6	_____	\$	_____
7	_____	\$	_____
8	_____	\$	_____
9	_____	\$	_____
10	_____	\$	_____
11	_____	\$	_____
12	_____	\$	_____
13	_____	\$	_____
14	_____	\$	_____
15	_____	\$	_____
16	_____	\$	_____
17	_____	\$	_____
18	_____	\$	_____
19	_____	\$	_____
20	_____	\$	_____

Recibido

Entregado

Total reclamado: \$ _____

Observaciones:
