

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
EXCLUSIVO PARA REEMBOLSOS**

NOMBRE DEL ASEGURADO:		NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO		
				DIA	MES	AÑO
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:	TELÉFONO:	DIRECCIÓN DEL PACIENTE:				
NÚMERO DE CÉDULA O PASAPORTE DEL ASEGURADO:		NÚMERO DE PÓLIZA:				

RESUMEN DEL DIAGNOSTICO

DIAGNÓSTICO(S)	FECHA DE ATENCIÓN	EMBARAZO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		FECHA APROXIMADA DE INICIO DE EMBARAZO		
		DIA	MES	AÑO
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DETALLE DE CARGOS PRESENTADOS

CONSULTA	FECHA _____	\$ _____	OTROS \$ _____
LABORATORIOS	FECHA _____	\$ _____	TOTAL \$ _____
RAYOS X	FECHA _____	\$ _____	
MEDICINAS	FECHA _____	\$ _____	

Nota Importante: Favor complete un formulario de reembolso por paciente y adjunte todas las facturas por cada enfermedad o accidente.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA (Paciente, Padre o Madre, si es menor de edad)	FECHA: