

FORMULARIO PARA ENVIO DE ALCANCE A RECLAMO

NOMBRE DEL CONTRATANTE: _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ALCANCE A RECLAMO N° _____

DIAGNOSTICO: _____

DOCUMENTOS PRESENTADOS:

VALOR PRESENTADO

FACTURA DE CONSULTAS MEDICAS – HONORARIOS	
RECETA MEDICA	
FACTURA DE MEDICINAS	
ORDEN DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN	
FACTURAS DE LABORATORIO E IMAGEN	
RESULTADOS DE LABORATORIO E IMAGEN	
ORDENES DE FSIOTERAPIA	
FACTURAS DE FISIOTERAPIA (Incluir desglose de fechas e informe de terapias)	
COPIA DE HISTORIA CLINICA	
FACTURA POR SERVICIOS HOSPITALARIOS	
OTROS	

OBSERVACIONES:

VALOR TOTAL PRESENTADO:

Firma del Titular:
