

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:
