RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS

Contratante:					
Nombre del Paciente:	Edad: A		M		

Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia:

Nombre del médico consultado:

¿Tiene otro tipo de cobertura médica? SI ❑ NO ❑

Nombre de la Compañía de Seguros:

Detalle de Gastos Ambulatorios	Valor del Gasto	
Consultas Médicas		
Rayos x		
Laboratorios		
Medicinas		
Otros		
Total de Gastos Presentados		

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo **autorizo** a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico **para que suministre a la Compañía de Seguros** todos los informes que requiere incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha:

Nombre del Empleado

Firma del Empleado	**Firma y Sello del Contratante**

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.