

FORMULARIO DE ALCANCE DE RECLAMOS



USO INTERNO

FECHA DE RECEPCION: _____

CALIFICADO: _____

INFORMADO: _____

APROBADO: _____

CODIGO DE DIAGNOSTICO: _____

OBSERVACIONES: _____

Nos permitimos adjuntar los siguientes documentos correspondientes al reclamo cuyo detalle anotamos a continuación

EMPRESA O CONTRATANTE _____

NOMBRE DEL TITULAR _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Reclamo No _____ (si se trata de un alcance)

DIAGNOSTICO _____

Formularios	No. de Formularios	VALOR
<input type="checkbox"/> Solicitud de Beneficios	_____	_____
<input type="checkbox"/> Recibo de Consultas Médicas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Orden de Medicinas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Recibos de Medicinas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ordenes de Exámenes y/o Imagen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Facturas de Exámenes y/o Imagen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Orden de Interconsultas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ordenes de Fisioterapia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Factura de Fisioterapia	_____	_____
Otros	_____	_____

Fecha: _____	Valor Total	_____

FIRMA AUTORIZADA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL ASEGURADO