

# 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