

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
☐ Solicitud de Beneficios		
☐ Recibo de Consultas Médicas		
☐ Orden de Medicinas		
☐ Recibos de Medicinas		
☐ Ordenes de Exámenes y/o Imagen	_____	_____
☐ Facturas de Exámenes y/o Imagen	_____	_____
☐ Orden de Interconsultas	_____	_____
☐ Ordenes de Fisioterapia	_____	_____
☐ Factura de Fisioterapia	_____	_____
Otros	_____	_____

Fecha: _____

Valor Total \$

FIRMA AUTORIZADA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL ASEGURADO

FORMA 107