

**SEGURO CORPORATIVO DE ASISTENCIA MEDICA  
FORMULARIO PARA PRESENTACION DE  
ALCANCES A RECLAMOS**

DE:
PARA: <b>CRM / MESA DE CONTROL</b>
FECHA:

TITULAR
DEPENDIENTE
ALCANCE A RECLAMO No.
DIAGNOSTICO

Adjunto sírvase encontrar los siguientes documentos originales:

CANT	DETALLE VALOR	
	FORMULARIO DE RECLAMACION	\$
	PLANILLA DE HOSPITAL	\$
	PEDIDO DE MEDICINAS	
	FACTURAS DE MEDICINAS	\$
	PEDIDO DE EXAMENES	
	FACTURA DE EXAMENES	\$
	DESGLOSE DE FACTURA	
	COPIA DE HISTORIA CLINICA	
	COPIA DE PROTOCOLO OPERATORIO	
	OTROS: Detallar:	
	<b>TOTAL PRESENTADO</b>	\$

\_\_\_\_\_  
Firma responsable / asegurado

**NOTA:** Este formulario no significa un comprobante de pago, ni reemplaza al formulario de Reclamación.