

ESTE FORMULARIO PODRÁ SER COMPLETADO PARA DAR CONTINUIDAD A GASTOS MÉDICOS Y DENTALES.

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR ASEGURADO

Contratante:

No. póliza:

No. de certificado:

Nombre del Asegurado titular:

Nombre del paciente:

Nombre del médico tratante:

Diagnóstico:

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Favor indicar si los gastos que presenta para reembolso son: | Fuera de Red | <input type="checkbox"/> |
| | Red Médica ACSA | <input type="checkbox"/> |
| | RPN | <input type="checkbox"/> |
| Favor indicar, si los gastos que presenta son continuación de servicios incurridos en: | Consultorio médico | <input type="checkbox"/> |
| | Hospital | <input type="checkbox"/> |
| Total de facturas presentadas para reembolso | \$ | |

Lugar y fecha

Firma de asegurado

Favor anexar: ordenes de exámenes, recetas médicas y facturas consumidor final
(Tickets de caja, recibos provisionales o comerciales, no están sujetos a reembolso)