

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

DE: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
PARA: CRMC / MESA DE CONTROL
FECHA:

PÓLIZA N°: 77591

CERTIFICADO N°: _____

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:	
	TOTAL PRESENTADO	\$

THB-CIDESCOL

 Firma responsable / asegurado

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