

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)