



## FORMULARIO PARA RECLAMO COMPLEMENTARIO (CONTINUACIÓN DE GASTOS)

Este formulario deberá ser completado únicamente si el reclamo corresponde a gastos incurridos por el mismo diagnóstico del cual haya presentado anteriormente reclamo y haya sido atendido por el mismo Médico tratante; de no ser así, debe presentar el formulario de Reclamación de Gastos Médicos debidamente completado por el médico actual.

**Nombre del Asegurado Titular:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Dependiente:** \_\_\_\_\_

**No. de Póliza** \_\_\_\_\_ **No. de Certificado:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

### DETALLE DE DOCUMENTOS

<b>Proveedor</b> (Médico, Laboratorio, Hospital, Farmacia)	<b>No. de Factura</b>	<b>Valor</b>

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_