



# Reclamo de Servicio de Salud

AUTORIZACIÓN NO.:		FECHA:		AUTORIZADO POR:	
-------------------	--	--------	--	-----------------	--

## DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDOS:			NO. AFILIADO:		
DIRECCIÓN:			NSS:		
TEL. CASA:		TEL. MÓVIL:		TIPO AFILIADO: <input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPEN.	
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA NAC.:	DÍA	MES	AÑO	CÉDULA:
TIPO DE PLAN:		NOMBRE DEL PLAN:			
<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIO <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO		<input type="checkbox"/> FLEX SMART <input type="checkbox"/> FLEX UP <input type="checkbox"/> FLEX CARE		<input type="checkbox"/> FLEX LIFE <input type="checkbox"/> OTRO	

## DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

NOMBRE DEL CENTRO:		CÓDIGO:	
NOMBRE DEL MÉDICO:		CÓDIGO:	
ESPECIALIDAD:			

DIAGNÓSTICO:

## SERVICIOS

TIPO DE SERVICIO:		
<input type="checkbox"/> CONSULTA	<input type="checkbox"/> BIOPSIA	<input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO AMBULATORIO
<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> ESTUDIO DE DIAGNÓSTICOS
<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFIQUE)	
FECHA INGRESO:	FECHA EGRESO:	TOTAL DE DÍAS INTERNAMIENTO:
MONTO RECLAMADO POR EL PSS	MONTO A PAGAR POR LA ARS	DIFERENCIA A PAGAR POR EL AFILIADO

<hr/> Firma del afiliado	<hr/> Firma del Médico Tratante	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
<hr/> Cédula del afiliado	<hr/> Exequatur	

**Información Importante:** Esta reclamación está sujeta a las normativas del manual del prestador, contrato y protocolos establecidos.