



FORMULARIO PARA TRÁMITE DE GASTOS COMPLEMENTARIOS SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

Alameda Roosevelt No. 3104, San Salvador.
Call Center: 2261-8333 Fax: 2261-0581 Emergencia hospitalaria: 2261-8333

Este formulario deberá ser completado únicamente por el Asegurado en los siguientes casos:

- Si es por una solicitud de reembolso presentado con anterioridad, por un mismo diagnóstico, atendido por el mismo médico en el mismo año de vigencia. Para presentar gastos por continuación de tratamiento cuando se inicie una nueva vigencia de la póliza, el asegurado debe presentar un nuevo formulario de Reembolso de Gastos Médico Hospitalario GMH012008.
- Cuando los gastos sean complemento de un tratamiento indicado por un médico de Red ACSA.

Favor indicar si los gastos que presenta para reembolso son:

Fuera de Red Red Médica ACSA PRORED RPN

Contratante: _____

N° póliza: _____ N° de certificado: _____ N° de reclamo inicial: _____

Nombre del Asegurado titular: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del médico tratante: _____

Diagnóstico: _____

DETALLE DE DOCUMENTOS					
Nombre del proveedor	Fecha de factura			Número de factura	Valor Total
	Día	Mes	Año		
TOTAL					\$

Firma del Asegurado o representante

No. de Teléfono

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

PARA USO DE SEGUROS COLECTIVOS

Nombre del responsable de la empresa contratante: _____

Firma del responsable de la empresa contratante: _____

Firma y sello del patrono

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____