

REGISTRO DE RECLAMOS DE TU SEGURO MÉDICO

Use este formulario para mantener un registro de todos los reclamos de tu seguro médico.

Fecha del servicio:	Proveedor de salud:	Procedimiento:	
Cantidad facturada:	Cantidad sometida:	Fecha del reembolso:	Cantidad reembolsada:

Fecha del servicio:	Proveedor de salud:	Procedimiento:	
Cantidad facturada:	Cantidad sometida:	Fecha del reembolso:	Cantidad reembolsada:

Fecha del servicio:	Proveedor de salud:	Procedimiento:	
Cantidad facturada:	Cantidad sometida:	Fecha del reembolso:	Cantidad reembolsada:

Fecha del servicio:	Proveedor de salud:	Procedimiento:	
Cantidad facturada:	Cantidad sometida:	Fecha del reembolso:	Cantidad reembolsada:

Fecha del servicio:	Proveedor de salud:	Procedimiento:	
Cantidad facturada:	Cantidad sometida:	Fecha del reembolso:	Cantidad reembolsada: