



CARTA REMESA RECLAMACION GASTOS MEDICOS MAYORES

Uso Exclusivo Trabajador

Contratante: _____
Asegurado Titular _____ Expediente _____
Domicilio oficina _____ Ciudad _____
Clave Lada _____ Tels. Ofna. _____ E-mail _____
Asegurado Afectado _____ Parentesco _____
Fecha nacimiento _____ Fecha Inscripción _____
Fecha de Acc. o Enf. _____ Fecha 1o. Gasto _____
ACCIDENTE () ENFERMEDAD () PLAN BASICO () PLAN OPCIONAL ()
Diagnóstico _____
Pago inicial, No. Siniestro inmediato anterior _____

Para efectos de pago*

Reclamación

El importe total del pago le será depositado en la cuenta de cheques que se utiliza para el deposito de su nomina.

Total Reclamado

\$ _____

No. total de facturas

Firma del titular _____

Para uso exclusivo de adrisa,^{MR}

Conceptos reclamados

Gastos Cubiertos

Hospitalización _____ Días _____
Honorarios Cirujano y Ayudantes _____
Honorarios Anestesiólogo _____
Honorarios Visitas Médicas () _____
Honorarios enfermera _____
Otros gastos _____
Medicamentos _____ Receta _____
Transfusiones Sanguíneas _____
Análisis y radiografías _____
Equipo especial _____
Ambulancia _____
Aparatos y Prótesis _____
Gastos no cubiertos _____

Suma	\$ _____
Deducible	_____
Subtotal	\$ _____
Coaseguro	% _____
Impuesto	\$ _____
Total a Pagar	\$ _____

No. de Siniestro

NOTA: EL TOTAL DE GASTOS PRESENTADOS, DEBE DE COINCIDIR EXACTAMENTE CON LA SUMA DE LOS COMPROBANTES RESPECTIVOS.