

FORMULARIO DE ALCANCE

FECHA SOLICITUD:

EMPRESA CONTRATANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TITULAR:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

ALCANCE A LA LIQUIDACION N°:

DIAGNOSTICO:

ADJUNTO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PARA LA SOLICITUD DE ALCANCE:

N°	Detalle	N° de formularios	valor individual
1	Solicitud de reclamo de beneficios		
2	Factura de Consultas médicas		
3	Receta o prescripción médica		
4	Factura de gastos de medicinas		
5	Pedido u orden de exámenes de laboratorio		
6	Factura de gastos de exámenes de laboratorio		
7	Pedido u orden de estudios de imagen		
8	Factura de gastos de estudios de imagen		
9	Pedido de fisioterapias		
10	Factura de gastos por fisioterapias		
11	Pedido de interconsultas médicas		
12	Otros		
		Valor total:	

Firma del solicitante

Para uso interno de PLUS MEDICAL SERVICES S.A.

Observaciones:

Fecha de recepción: _____