FORMULARIO PARA RECLAMOS COMPLEMENTARIOS

NOMBRE TARJETAHABIENTE: _____

NOMBRE DEPENDIENTE: _____

NO. CERTIFICADO (TARJETA): _____

PARA ACELERAR EL TRAMITE DE ESTE RECLAMO, POR FAVOR INDIQUE EL NUMERO DE REFERENCIA DE TECNISEGUROS, DEL RECLAMO INICIAL DEL QUE ESTE ES COMPLEMENTO.

REFERENCIA NO. _____

DETALLE DE DOCUMENTOS

PROVEEDOR (MÉDICO – FARMACIA – LABORATORIO)	FACTURA	VALOR

DIA MES AÑO

_____

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

FORMULARIO PARA RECLAMOS COMPLEMENTARIOS

NOMBRE TARJETAHABIENTE: _____

NOMBRE DEPENDIENTE: _____

NO. CERTIFICADO (TARJETA): _____

PARA ACELERAR EL TRAMITE DE ESTE RECLAMO, POR FAVOR INDIQUE EL NUMERO DE REFERENCIA DE TECNISEGUROS, DEL RECLAMO INICIAL DEL QUE ESTE ES COMPLEMENTO.

REFERENCIA NO. _____

DETALLE DE DOCUMENTOS

PROVEEDOR (MÉDICO – FARMACIA – LABORATORIO)	FACTURA	VALOR

DIA MES AÑO

_____

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE