

**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		
<b>TOTAL</b>					<b>\$</b>

\_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_