



MAS ECUADOR S.A.

ENVÍO DE RECLAMOS

Señores
MAS Ecuador S.A.
Presente.-

Nos permitimos adjuntar los siguientes documentos correspondientes al reclamo cuyo detalle anotamos a continuación

EMPRESA O CONTRATANTE _____

NOMBRE DEL TITULAR _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Reclamo No. _____ (si se trata de un alcance) _____

Formularios	No. de Formulario	VALOR
<input type="checkbox"/> Solicitud de Beneficios	_____	_____
<input type="checkbox"/> Recibo de Consultas Médicas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Orden de Medicinas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Recibos de Medicinas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ordenes de Exámenes y/o Imagen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Facturas de Exámenes y/o Imagen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ordenes de Interconsultas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ordenes de Fisioterapia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Factura de Fisioterapia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otros	_____	_____

	Valor Total	_____

FIRMA AUTORIZADA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL ASEGURADO