

ASISTENCIA SANITARIA PARA EL PERSONAL FUNCIONARIO Y LABORAL DESTINADO EN EL EXTERIOR Y SUS BENEFICIARIOS, ASÍ COMO DE LAS PERSONAS ENVIADAS EN COMISIÓN DE SERVICIOS

EXPEDIENTE DE RECLAMACIÓN

Fecha de entrada		Código del expediente	
------------------	--	-----------------------	--

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre	
Apellidos	
Organismo público	
N.º tarjeta Medicaid	
Correo electrónico	
Teléfono	
País de destino	

CONTENIDO DE LA RECLAMACIÓN

Fecha de la asistencia	
Centro o profesional	
Localidad y país	
Importe	
N.º reembolso	

Exponga la causa de la reclamación y, si es de contenido económico, indique el importe total reclamado, con el detalle de los conceptos que la integran. En todo caso, tenga en cuenta:

- La reclamación deberá basarse en un incumplimiento del contrato por parte de la aseguradora.
- Las cuestiones que se refieran al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos o de la actividad asistencial de los centros sanitarios no pueden ser objeto de reclamación por esta vía.
- Acompañe cuantos documentos puedan justificar el contenido de la reclamación.

Fecha		Firma	
-------	--	-------	--

GESTIÓN DIRECTA

Fecha		Contacto	
Resolución	<input type="checkbox"/> Reclamación resuelta <input type="checkbox"/> Reclamación a analizar en Comisión Mixta		

COMISIÓN MIXTA

Fecha			
Resolución	<input type="checkbox"/> Reclamación aceptada <input type="checkbox"/> Reclamación denegada <input type="checkbox"/> Desacuerdo		