

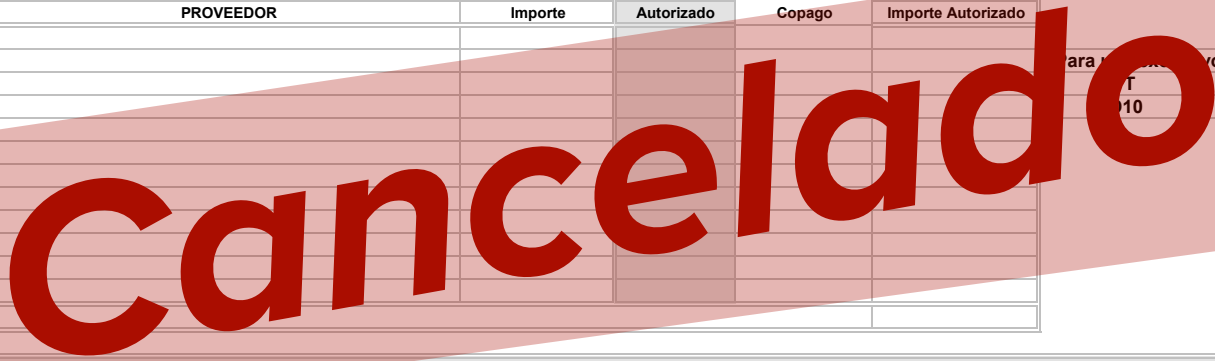
INFORMACIÓN GENERAL	Responder por el asegurado
No. Póliza	_____
Contratante	_____
Titular:	_____
Afectado	_____
Padecimiento	_____

Trámite <input checked="" type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Complemento	Tipo de Trámite <input checked="" type="radio"/> Reembolso <input type="radio"/> Carta Pase <input type="radio"/> Otro
---	---

**DOCUMENTACIÓN ANEXA**

- Aviso de accidente o enfermedad (formato aseguradora)       Formato .XML (Factura electrónica)
- Informe médico (formato aseguradora)
- Recetas y/o órdenes médicas
- Estudios médicos e interpretación
- Facturas y/o recibos originales

FACTURA	PROVEEDOR	Importe	Autorizado	Copago	Importe Autorizado



Para información de SIS Nova  
T  
10

SEGUIMIENTO	Para uso exclusivo de SIS NOVA
Fecha de recepción de documentos	Fecha de envío al cliente
_____	_____
Fecha de envío a trámite de reembolso	_____
_____	_____
Fecha de respuesta por parte de SIS NOVA	_____
_____	_____

**COMENTARIOS**

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien envía

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien recibe