

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

Trámite  Inicial  Complemento

Tipo de Trámite  Reembolso  Carta Pase  Otro

**DOCUMENTACIÓN ANEXA**

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

| FACTURA | PROVEEDOR | Importe | Autorizado | Copago | Importe Autorizado |  |  |
|---------|-----------|---------|------------|--------|--------------------|--|--|
|         |           |         |            |        |                    |  |  |
|         |           |         |            |        |                    |  |  |
|         |           |         |            |        |                    |  |  |
|         |           |         |            |        |                    |  |  |
|         |           |         |            |        |                    |  |  |
|         |           |         |            |        |                    |  |  |
|         |           |         |            |        |                    |  |  |
|         |           |         |            |        |                    |  |  |
|         |           |         |            |        |                    |  |  |
|         |           |         |            |        |                    |  |  |

| Para uso exclusivo de SIS Nova |  |
|--------------------------------|--|
| CPT                            |  |
| ICD10                          |  |

| 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