



SOPORTE DE ENTREGA RECLAMACIONES MÉDICAS

Centro Médico: _____ **Fecha:** _____

Nombre Del Proveedor: _____ Código: _____

Cédula de Identidad: _____ Especialidad: _____

TIPO DE SERVICIO	CANTIDAD ENTREGADA	MONTO RECLAMADO RD\$
Consulta		
Procedimientos		
Emergencias		
Hospitalización		
Otros		
TOTALES		

Entregado Por: _____

Recibido Por: _____