



**FORMULARIO - REEMBOLSOS POR GASTOS**

RECIBO No. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

AÑO DE AFILIACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE AFILIADO: \_\_\_\_\_

CEDULA : \_\_\_\_\_

CONTRATO : \_\_\_\_\_

CONSULTA  MEDICINA  EXAMENES /LABORATORIO  SINIESTRO POR ACCIDENTE

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ OTROS

PROVEEDOR

No.DE FACTURA

DOCUMENTOS ADJUNTOS

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- f) \_\_\_\_\_
- G) \_\_\_\_\_

**DATOS PARA EL PAGO**

Banco :

Nombre del Beneficiario : \_\_\_\_\_

Cedula de identidad : \_\_\_\_\_

Número de Cuenta : \_\_\_\_\_

Ahorro o Corriente : \_\_\_\_\_

Correo electrónico : \_\_\_\_\_

No.Celular : \_\_\_\_\_

- 5 DIAS HABILES
- 8 DIASHABILES
- 15 DIAS HABILES

OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RECIBI CONFORME

ENTREGUE CONFORME

**Nota:** El beneficiario debe ser el paciente o titular del contrato

**TELEFONOS GYE** 3702600 Ext. Reembolso 1600 /  
reembolsos@mediken.com.ec **TELEFONOS MANABI** 052611019 / 052654944 /  
mfcedeno@mediken.com.ec