

Alameda Roosevelt 3107, San Salvador, El Salvador, C.A.

Tel: 2257-6666

No. de Verificación: Póliza N°: **AP-1465** Certificado N°:

Nombre del Asegurado Titular: **Maria Gabriela Grande Cobar**

Nombre del Dependiente:

Fecha de consulta: **19 IX 2021** Fecha de nacimiento: **19 10 41 1997** Edad: **29 años**

Diagnóstico: **Ruptura de ligamento cruzado ant. derecho (Rodilla).**

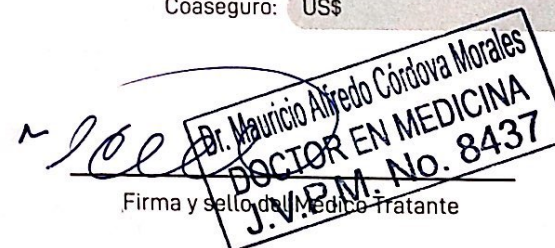
Fecha primeros síntomas: **28 IX 2021**

Valor Reclamado: **US\$ 20.00**

Especialidad Médico: **Ortopedia**

Coaseguro: **US\$**


Firma del Asegurado


Firma y sello del Médico Tratante

Conserve copia de formulario, por si es necesario presente su reclamo vía reembolso (Farmacia y Exámenes de laboratorio)