

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nombre del destinatario: _____

Puesto: _____

Nombre de la EPS: _____

Dirección: _____

Código postal y localidad: _____

Asunto: Solicitud de reembolso de gastos médicos

Estimado/a _____:

Por la presente, _____, con número de afiliación _____, solicita el reembolso de los gastos médicos incurridos por _____.

Los detalles del servicio son los siguientes:

Fecha del servicio: _____

Lugar del servicio: _____

Proveedor del servicio: _____

Descripción del servicio: _____

Costo total: _____

La razón por la cual se solicita el reembolso es que _____.

Adjunto a esta carta encontrará los siguientes documentos:

- Copia de la factura o recibo del servicio médico
- Copia de la identificación oficial del afiliado
- Copia del comprobante de pago
- Historia clínica o documentos médicos relevantes
- _____

Le agradezco su atención a este asunto y espero que mi solicitud sea procesada de manera oportuna.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____