[CIUDAD], [FECHA]

[Nombre del destinatario]  
[Puesto]  
[Nombre de la EPS]  
[Dirección]  
[Código postal y localidad]

Asunto: Solicitud de reembolso de gastos médicos

Estimado/a [nombre del destinatario]:

Por la presente, [NOMBRE DEL AFILIADO] con número de afiliación [NÚMERO DE AFILICIÓN], solicita el reembolso de los gastos médicos incurridos por [DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO MÉDICO].

Los detalles del servicio son los siguientes:

Fecha del servicio: [FECHA]  
Lugar del servicio: [LUGAR]  
Proveedor del servicio: [NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA]  
Descripción del servicio: [DETALLES DEL SERVICIO]  
Costo total: [MONTO]

La razón por la cual se solicita el reembolso es que [EXPLICAR POR QUÉ NO SE PUDO UTILIZAR LOS SERVICIOS DE LA EPS, POR EJEMPLO, URGENCIA VITAL EN UN LUGAR DONDE LA EPS NO TIENE COBERTURA].

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  
Otros documentos relevantes (si aplica)

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

Atentamente,

[Nombre completo del afiliado]  
[Dirección]  
[Teléfono]  
[Correo electrónico]