



## SOLICITUD DE REEMBOLSO

### DATOS DEL TITULAR

Apellido/Nombre	Fecha de nacimiento	N°. de póliza:
Números de teléfono: Residencial _____		Celular _____
Dirección electrónica: _____		

### DATOS DEL RECLAMANTE

Apellido/Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Fecha de ocurrencia
-----------------	---------------------	------------	---------------------

### DATOS DEL RECLAMO

Médico tratante:	Diagnóstico
Dirección: _____	Teléfonos: Oficina _____ Fax _____

### RELACION DE DOCUMENTOS PRESENTADOS

<input type="checkbox"/> Informe médico con diagnóstico definitivo	
<input type="checkbox"/> Facturas y recibos de la clínica	
<input type="checkbox"/> Facturas por honorarios médicos	
<input type="checkbox"/> Recetas médicas e indicaciones de medicina (Cantidad)	
<input type="checkbox"/> Facturas de farmacia (especificando medicinas)	
<input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorios	<input type="checkbox"/> Resultados <input type="checkbox"/> Facturas
<input type="checkbox"/> Estudios radiológicos	<input type="checkbox"/> Resultados <input type="checkbox"/> Facturas
<input type="checkbox"/> Otros (especifique)	<input type="checkbox"/> Resultados <input type="checkbox"/> Facturas
<b>Total facturado</b>	
Comentarios: _____ _____ _____	

Yo declaro que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI a obtener de cualquier médico, clínica, hospital, institución, farmacéutico, empresa o compañía de seguros, la información que se requiere para procesar los beneficios que puedan ser pagaderos a mí. Una copia fotostática de esta autorización se debe considerar tan válida como la original.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 Fecha Firma del titular Firma del paciente

**Nota: Favor llenar esta planilla en letra de imprenta, clara y legible**

**8.-**