Av. Tiradentes No. 14 Edif. Alfonso Comercial Ola Planta, Ncor.
Santo Domingo, Rep. Dom. Tel. 809-562-6660 Fax 809-562-6849

BMI
COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A.

Formulario de Reclamo

RNC - 1-01-04992-8

Certificado No. _____

Plan _____

No. Factura _____

Autorización _____

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Nombre Afiliado Principal _____

Empresa del Afiliado _____

Tipo de Servicio ☐ **Hospitalización** ☐ Emergencia ☐ Lab. o Rayos X ☐ Otros:

☐ **Consulta** ☐ Reembolso ☐ Farmacia _____

Diagnóstico _____ Monto Total Reclamo _____

_____ Monto Autorizado _____

Monto Diferencia _____

Código Médico/Centro _____

Pagar reclamo a nombre: _____ Teléfono _____

_____ Firma Afiliado y Fecha

_____ Firma Proveedor

_____ Sello y Firma Clínica

Este reclamo vence a los tres meses. Favor de incluir facturas originales y desgloce de cargos.

Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento, y autorizo a los doctores o cualesquiera que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que me suministren información necesaria, adjuntando copias completas de sus archivos, en relación con este reclamo a ARS BMI, S.A.