

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS CORPORATIVA

SECCIÓN A - DATOS PERSONALES

DATOS DEL AFILIADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre	Edad
Teléfono Celular	Teléfono	<i>Domicilio</i> <input type="checkbox"/> <i>Oficina</i> <input type="checkbox"/>	Email	

DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre	Edad
------------------	------------------	---------------	----------------	------

SECCIÓN B - DATOS DEL TITULAR

Nombre de la Empresa:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
<i>dd/mm/aa</i>	
Firma y Sello de la Empresa:	Fecha:
<i>dd/mm/aa</i>	Contrato #:
Ciudad:	

SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

(Código: CIE10): _____

Fecha de los primeros síntomas: _____
dd/mm/aa Fecha del diagnóstico: _____
dd/mm/aa

Diagnóstico/s completo/s: _____

ATENCIÓN HOSPITALARIA ¿Ordenó hospitalización? SI NO

En caso de cirugía describa el o los procedimiento/s médico/s completo/s y posibles complicaciones:

ATENCIÓN AMBULATORIA SI NO Ordenó Interconsulta son otros profesionales: SI NO

Apellidos y Nombres del Médico de interconsulta _____ Especialidad _____

Para tratamientos no convencionales, explique la razón y efectos sobre la enfermedad y tiempo de tratamiento:

Nombre del Médico _____ Firma y Sello del Médico(Obligatorio) _____ Ciudad: _____ Fecha: _____
dd/mm/aa

CONTINUA AL REVERSO 

SECCION D - INFORMACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

¿Cómo sucedió el Accidente? (Detallar Lugar, Fecha, Hora) _____

SECCIÓN E - AUTORIZACIÓN

Autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron y todas las clínicas e instituciones para que suministren a BMI IGUALAS MEDICAS cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X, correspondientes a esta solicitud.

Firma del Afiliado: _____ Ciudad: _____ Fecha: _____
dd/mm/aa

DOCUMENTOS A ADJUNTAR PARA TRAMITE DE INDEMNIZACIÓN

- Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos debidamente completado en el Formulario oficial de la Compañía
- Historia Clínica completa (para casos hospitalarios y/o quirúrgicos)
- Protocolo operatorio
- Comprobantes de venta de honorarios y servicios médicos
- Originales de las órdenes médicas y originales de comprobantes de venta de exámenes
- Resultados de los exámenes
- Originales de órdenes médicas y originales de comprobantes de venta de medicinas
- Cualquier otra información que sea necesaria para que la Compañía determine la cobertura del siniestro