

SOLICITUD DE REEMBOLSO

RNC - 1-01-04992-8

Enviar a: reembolsosrd@bmi.com.do

DATOS TITULAR

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Número de Cédula

DATOS PACIENTE

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Número de Cédula

Diagnóstico _____ Fecha del Diagnóstico _____

Monto Total Reclamo _____ Fecha del Servicio Recibido _____

Firma Asegurado

Fecha

Este reclamo vence a los tres meses. Favor de incluir facturas 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 BMI Compañía de Seguros.