

Señores
BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.

Presente.-

Nos permitimos adjuntar los siguientes documentos correspondientes al reclamo cuyo detalle anotamos a continuación

Empresa o contratante _____

Nombre del titular _____

Nombre del paciente _____

Reclamo No. _____ (si se trata de un alcance) _____

Formularios	No. de Formulario	Valor
☐ Solicitud de Beneficios		
☐ Recibo de Consultas Médicas		
☐ Orden de Medicinas		
☐ Recibos de Medicinas		
☐ Ordenes de Exámenes y/o Imagen		
☐ Facturas de Exámenes y/o Imagen		
☐ Ordenes de Interconsultas		
☐ Ordenes de Fisioterapia		
☐ Factura de Fisioterapia		
☐ Otros		
Valor Total		

Firma del Asesor Comercial

Firma del Ejecutivo