

**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
<input type="checkbox"/> Solicitud de Beneficios		
<input type="checkbox"/> Recibo de Consultas Médicas		
<input type="checkbox"/> Orden de Medicinas		
<input type="checkbox"/> Recibos de Medicinas		
<input type="checkbox"/> Ordenes de Exámenes y/o Imagen		
<input type="checkbox"/> Facturas de Exámenes y/o Imagen		
<input type="checkbox"/> Ordenes de Interconsultas		
<input type="checkbox"/> Ordenes de Fisioterapia		
<input type="checkbox"/> Factura de Fisioterapia		
<input type="checkbox"/> Otros		
<b>Valor Total</b>		

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO