

**SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL  
DE SALUD PREPAGADA**  
**FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL**

**A. DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres del Titular	C.I. / Pasaporte
Nombre completo del Paciente	Edad
Dirección completa del Titular	
Teléfono(s)	Correo electrónico

**B. DATOS DEL SINIESTRO A SER LLENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE**

Diagnóstico completo \_\_\_\_\_ Código: CIE10 \_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio de los síntomas \_\_\_\_\_  
Fecha de diagnóstico por primera vez \_\_\_\_\_

**C. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y/O ACCIDENTE**

Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_  
En caso de cirugía por favor describir el o los procedimientos médicos completos y posibles complicaciones \_\_\_\_\_

¿Cómo sucedió el accidente? (Detallar lugar, fecha y hora) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ordenó interconsulta con otros profesionales? SI ☐ NO ☐

Nombre del Médico de interconsulta y especialidad \_\_\_\_\_

Para tratamientos no convencionales; explique el por qué del tratamiento y los efectos sobre la enfermedad descrita y tiempo de tratamiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha

Firma y sello del Médico:

Nombre del Médico

**D. AUTORIZACIÓN**

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

Lugar y Fecha:

Firma del Titular

**IMPORTANTE**

A este formulario usted deberá adjuntar los originales de los siguientes documentos:

- Facturas de medicinas y laboratorios con sus respectivos pedidos
- Facturas de honorarios médicos
- Planilla de clínica, factura con desglose de todos los profesionales que intervienen en el caso (Cirujano, Anestesiista, Médico Ayudante, Radiólogo, Laboratorista, etc.)
- Historia Clínica, Epicrisis y protocolo Operatorio