

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE DEL HOSPITAL/CLÍNICA/CONSULTORIO DEL MÉDICO

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL/CLÍNICA/CONSULTORIO DEL MÉDICO

TELÉFONO DEL HOSPITAL/CLÍNICA/CONSULTORIO DEL MÉDICO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

OTRA COBERTURA MÉDICA

¿Ha hecho Ud. o está haciendo alguna solicitud de reembolso relacionada con el servicio anexo a otra cobertura de salud o plan médico?

sí no

En caso afirmativo, por favor anexas una copia del Resumen de Beneficios de la otra cobertura medica y completar la siguiente información:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE CONTRATO

AUTORIZACIÓN

Yo, el abajo firmante declaro que toda la información dada en este formulario de reclamación es verdadera y correcta.

NOMBRE Y APELLIDO(S)

FIRMA

FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL PADRE O TUTOR (SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD)



Best Doctors

BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

El contrato es emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, compañía registrada en Ecuador.

Llamada de Cobro Revertido
Llamada Gratuita dentro
de los EE.UU.
Llamada dentro de Ecuador

1 305 269 2521
1 866 902 7775
04502-8000