



## NOTIFICACION DE HOSPITALIZACION

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del agente: \_\_\_\_\_

Asegurado principal: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Tipo de plan: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimiento a realizar: \_\_\_\_\_

Código CPT (si aplica): \_\_\_\_\_

Estimado de la cirugía: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono y fax: \_\_\_\_\_

Persona a contactar: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o Servicios de Paciente Externo. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Aseguradora en un plazo de 48 horas de haber comenzado el tratamiento. Salvo caso fortuito o fuerza mayor, **la falta de notificación a la Aseguradora dentro del plazo exigido resultará en una reducción del cincuenta (50%) por ciento en los beneficios que de lo contrario se hubiesen pagado conforme a los términos y condiciones de la Póliza.**

**BMI SERVICES, INC.**

1320 S.W. 74<sup>th</sup> Court • 6<sup>th</sup> Floor • Miami, FL 33156  
Telephone: (305) 443-2898 • Fax: (305) 442-8486