



SOLICITUD DE REEMBOLSO

DATOS DEL TITULAR

| | | |
|----------------------------------|---------------------|----------------|
| Apellido/Nombre | Fecha de nacimiento | Nº. de póliza: |
| Números de teléfono: Residencial | | Celular |
| Dirección electrónica: | | |

DATOS DEL RECLAMANTE

| | | | |
|-----------------|---------------------|------------|---------------------|
| Apellido/Nombre | Fecha de nacimiento | Parentesco | Fecha de ocurrencia |
|-----------------|---------------------|------------|---------------------|

DATOS DEL RECLAMO

| | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| Médico tratante: | Diagnóstico |
| Dirección: _____ _____ | Teléfonos: Oficina _____ Fax _____ |

RELACION DE DOCUMENTOS PRESENTADOS

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informe médico con diagnóstico definitivo | |
| <input type="checkbox"/> Facturas y recibos de la clínica | |
| <input type="checkbox"/> Facturas por honorarios médicos | |
| <input type="checkbox"/> Recetas médicas e indicaciones de medicina (Cantidad) | |
| <input type="checkbox"/> Facturas de farmacia (especificando medicinas) | |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorios | <input type="checkbox"/> Resultados <input type="checkbox"/> Facturas |
| <input type="checkbox"/> Estudios radiológicos | <input type="checkbox"/> Resultados <input type="checkbox"/> Facturas |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique) | <input type="checkbox"/> Resultados <input type="checkbox"/> Facturas |
| Total facturado | |
| Comentarios: _____ _____ _____ | |

Yo declaro que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI Services, Inc. a obtener de cualquier médico, clínica, hospital, institución, farmacéutico, empresa o compañía de seguros, la información que se requiere para procesar los beneficios que puedan ser pagaderos a mí. Una copia fotostática de esta autorización se debe considerar tan válida como la original.

_____ x _____ x _____
Fecha Firma del titular Firma del paciente

Nota: Favor llenar esta planilla en letra de imprenta, clara y legible