

BMI SERVICES, INC.8950 S.W. 74th. Court • Miami, FL. 33156

Teléfono: (305) 443-2898 • Fax: (305) 442-8486

**SOLICITUD DE REEMBOLSO****DATOS DEL TITULAR**

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Nº de Póliza:
E-mail:		Teléfono:

DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre y Apellido	Parentesco:	Fecha de Ocurrencia	Fecha de Nacimiento
-------------------	-------------	---------------------	---------------------

DATOS DEL RECLAMO

Medico Tratante	Diagnostico
Dirección:	Teléfono:
	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. el derecho de obtener de cualquier Médico, Clínica, Hospital, Institución, Farmacéutico, Empresa o Compañía de Seguros que posea información en lo que a mí o a mi familia respecta, necesaria para este reclamo, como se requiere para procesar los beneficios, que pueden ser pagables a mí. Copia fotostática de esta autorización se debe considerar válida como la original. The above answers are true and complete to the best of my knowledge and belief. I authorize any Physician, Medical Institution, Pharmacist, Insurance Company, Employer, or Association to release information to BMI SERVICES INC. as is required to properly pay all benefits, if any, due me for this claim. A copy of this authorization shall be considered as valid as the original.

_____ X _____ X _____
 Fecha Firma del Titular Firma Paciente

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