



## 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

Informe médico con diagnóstico definitivo			
Facturas y recibos de la clínica			
Facturas por honorarios médicos			
Recetas médicas e indicaciones de medicina (Cantidad)			
Facturas de farmacia (especificando medicinas)			
Exámenes de laboratorios	Resultados	Facturas	
Estudios radiológicos	Resultados	Facturas	
Otros (especifique)	Resultados	Facturas	
<b>Total facturado</b>			

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**

## AUTORIZACION PARA DAR A CONOCER INFORMACION PROTEGIDA ACERCA DE LA SALUD

Yo, el infrascrito, autorizo dar a conocer la información protegida acerca de mi salud (también conocida por sus siglas en inglés de *Protected Health Information*, o sea, "PHI") de la siguiente manera:

- A) Clases de Personas Autorizadas a Dar a Conocer la Información Protegida acerca de mi Salud: Por este medio autorizo a cada médico, doctor, grupo de consultorios de médicos, enfermera(o) y cualquier otro proveedor de cuidados de la salud (cada uno considerado un "Responsable Autorizado para Dar a Conocer Información" a que dé a conocer toda y cualquier información protegida acerca de mi salud ("PHI") que disponga la presente autorización. Además autorizo a cada uno de dichos Responsables Autorizados a usar una copia fotostática o de facsímil u otro tipo de reproducción de esta autorización.
- B) Personas Autorizadas a Recibir la Información Protegida acerca de mi Salud: Autorizo a cada Responsable Autorizado por virtud de la presente autorización que dé a conocer la Información Protegida acerca de mi Salud ("PHI") a **BMI Services, Inc.**, así como a cualquiera de sus funcionarios, socios, empleados, agentes, contratistas independientes y demás representantes (colectivamente denominados el "Recipiente Autorizado").
- C) Descripción de la Información Protegida acerca de la Salud que se autoriza se dé a conocer y el propósito que tiene dicha revelación: La presente autorización aplicará a toda y cualquier Información Protegida acerca de mi Salud ("PHI"), incluyendo las siguientes pero sin quedar limitadas a las mismas: expedientes médicos, hojas clínicas, informes de laboratorio, resultados de pruebas y demás informaciones semejantes o conocimientos acerca de mi persona o de la condición de mi salud, incluyendo los siguientes tipos de información pero sin quedar limitados a los mismos: Información Protegida ("PHI") relacionada con el SIDA, con el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS o "ARC" en inglés) o con el VIH, con el Abuso del Alcohol y/o Drogas, con la Salud Mental y con Enfermedades Transmisibles, independientemente de que sea identificable personalmente o de que esté protegida por leyes o reglamentos de confidencialidad o de privacidad federales o estatales. Esta autorización y todas las revelaciones que se hagan de la Información Protegida acerca de mi Salud ("PHI") en virtud de la misma tienen por propósito el permitirle al Recipiente Autorizado: (1) evaluar o mandar que se prepare la evaluación para fines del pago de reclamaciones médicas y la autorización de tratamientos; y (2) verificar o actualizar dicha Información Protegida ("PHI") acerca de mi persona con respecto a todos los propósitos relacionados con mi póliza de seguro que tenga que realizar el "Recipiente Autorizado".
- D) Derecho a Revocar la Autorización: Reconozco, sé y comprendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento con respecto a cualquier Responsable Autorizado para Dar a Conocer Información notificando por escrito a dicho Responsable acerca de la revocación que yo haga de esta autorización y entregando dicha revocación por correo o mediante entrega personal en la dirección designada por dicho Responsable teniendo en cuenta que la revocación que se haga de dicha autorización no será aplicable a la medida que el Responsable Autorizado ya haya tomado acción basándose en la presente autorización antes de recibir aviso de la revocación que yo hiciera de ésta.

Asimismo sé y comprendo que la presente autorización constituye un consentimiento y autorización que piden un proveedor de cuidados de la salud, una entidad procesadora de datos sobre la salud o un plan de salud que se rigen por los reglamentos acerca de la privacidad promulgados por virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud ("HIPAA") de 1996 ("los Reglamentos de Privacidad de la Ley 'HIPAA'"). Además sé y comprendo que, como resultado de la presente autorización, la Información Protegida acerca de mi Salud ("PHI") que dé a conocer a un Recipiente Autorizado un Responsable Autorizado para Dar a Conocer Información también podrá ser dada a conocer por el Recipiente Autorizado a los Asociados Comerciales que sea necesario para procesar mi reclamación adecuadamente. Certifico que firmo y entrego la presente autorización libre y unilateralmente en la fecha que aparece escrita a continuación. Además certifico que la presente autorización está escrita en lenguaje común y corriente y que me he quedado con una copia de esta autorización firmada para usarla como futura referencia.

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona)

\_\_\_\_\_  
(Escriba nombre de la persona  
en letra de molde o a máquina)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)