

MAGNA ADMINISTRATIVE SERVICES, INC.

1320 South Dixie Highway, Suite # 350 • Coral Gables, FL. 33146

Teléfono: (305) 668-4547 • Fax: (305) 668-1880



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 **MAGNA ADMINISTRATIVE SERVICES** 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 **MAGNA ADMINISTRATIVE SERVICES** 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