



Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.

www.planmedicobellavista.com

770 Avenida Hostos Suite 208
Mayagüez, PR 00682-1538

Tel. (787) 833-8070
Fax (787) 832-5400

Favor entregar este documento junto a su solicitud

HMO \$ _____

Fecha Límite: _____

POS \$ _____

Fecha de Ingreso: _____

REQUISITOS PARA SOLICITAR

Gracias por seleccionar el Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. como alternativa para el cuidado de salud de usted y sus seres queridos. A continuación le detallamos los requisitos para solicitar:

Para el Suscriptor Principal:

- Llenar Solicitud de Ingreso en su totalidad (al frente y por detrás).
- Copia de la tarjeta del Seguro Social.
- Copia de Identificación con Foto.
- Copia de Tarjeta de otro Plan Médico (Medicare)
- Llenar Formulario para Débito Directo. (Número de Cuenta Bancaria)

Para cada Miembro de Familia incluyendo al Suscriptor Principal (según aplique):

- Copia del Certificado de Nacimiento.
 - ¿Cómo se enteró de nuestro Plan Médico?
- _____

Recuerde.....

- ▶ Su solicitud de Ingreso a nuestro Plan Médico estará sujeta a cualquier otro documento requerido.
- ▶ No se aceptarán solicitudes incompletas. Todos los documentos forman parte de su solicitud.

USO OFICIAL SOLAMENTE

Certifico que esta solicitud cumple con todos los documentos requeridos.

Firma del Representante del Plan Médico SSBV

Fecha

COMENTARIOS: _____