



SOLICITUD DE REEMBOLSO

NO. SOLICITUD

2103

MEDICARE

IMPORTANTE:

- Para poder procesar su reembolso es importante llenar toda la información de esta solicitud.
- Se reembolsará de acuerdo a lo aprobado por Medicare según la hoja explicativa de beneficios de Medicare.
- No procesará la solicitud de reembolso si tiene deuda pendiente de pago con el Plan Médico.
- La solicitud de reembolso debe venir acompañada de la hoja explicativa de Medicare y recibo original.
- Si el suscriptor no cumple con lo arriba establecido no tendrá derecho a reembolso.

DEBE SER LLENADO POR EL SUSCRIPTOR

NÚMERO DE CONTRATO (S.S.)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DIRECCIÓN POSTAL

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

(NOMBRE Y APELLIDOS EN LETRA DE MOLDE)

TELÉFONO RESIDENCIAL

RAZONES PARA RECIBIR LOS SERVICIOS DE UN PROVEEDOR NO ASOCIADO

Autorizo al Proveedor a entregar al Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. los documentos relacionados con los servicios sometidos en esta reclamación. Certifico que mi tarjeta del Plan está activa y la cuota correspondiente pagada a la fecha de los servicios recibidos.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR

FECHA