

Fecha:

Date:

Número de Certificado:

Certificate Number:

Número de Grupo:

Group Number:

Formulario de Reembolso
Claims Form

Nombre del Asegurado Principal:
Principal Insured Name:

Número de Teléfono:
Telephone Number:

Dirección Postal:
Postal Address:

Nombre del Paciente:
Patients Name:

Parentesco:
Patient's Relation:

Fecha de Nacimiento del Paciente:
Patient's Birth Date:

Mes/Month	/	Día/Day	/	Año/Year
-----------	---	---------	---	----------

¿Está reclamación es resultado de un accidente?
Is the claim a result from an accident?

Sí/Yes ☐ No ☐

Si la contestación a la pregunta anterior fue afirmativa, usted debe contestar las siguientes cuatro [4] preguntas.
If your answer of the last question was affirmative, you need to answer the following four [4] questions.

¿Cómo ocurrió el accidente?
How was the accident?

¿Cuándo ocurrió el accidente?
When was the accident?

Mes/Month	/	Día/Day	/	Año/Year
-----------	---	---------	---	----------

¿Dónde ocurrió el accidente?
Where was the accident?

¿El accidente está relacionado con el trabajo del paciente?
Is the accident related with the patient's job?

Sí/Yes ☐ No ☐

¿Tiene el paciente otro seguro?
Does the patient have another health insurance?

Sí/Yes ☐ No ☐

Si su respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, indique el nombre de la compañía aseguradora y el número de póliza.
If your answer in the last question was affirmative, please let us know the name of the health insurance name and policy number.

Nombre de la Compañía Aseguradora
Health Insurance Company Name

Número de Póliza
Policy Number

REVISE LAS INSTRUCCIONES AL DORSO

1. Recuerde completar la solicitud en todas sus partes.
2. Incluya los recibos originales.
3. Solicitud incompleta NO será procesada.
4. Complete una (1) solicitud por paciente.

REVIEW THE INSTRUCTIONS ON THE BACK

1. Please complete all the parts of the form.
2. Include the original receipts.
3. If the form is incomplete we are NOT going to process the application.
4. Complete one (1) form per patient.

Instrucciones

Hay diferentes razones por las cuales un asegurado puede hacer una reclamación para recibir reembolsos de sus gastos médicos cubiertos en facilidades no participantes.

I. Servicios Médicos Ambulatorios:

Para procesar un reembolso por servicios médicos ambulatorios necesita incluir los siguientes documentos con su solicitud:

1. Recibo original – incluir recibo original con logo o sello del proveedor de servicio que indique: nombre, dirección, teléfono y especialidad.
2. Nombre completo del paciente.
3. Fecha de servicio (mes/día/año)
4. Descripción del servicio recibido, ya sea un código o nombre. Si el recibo es por más de un servicio, cada servicio tiene que ser **DESGLOSADO**. Los recibos de laboratorio deben especificar todas las pruebas realizadas al paciente.
5. Indicar el código y/o nombre del diagnóstico.
6. Costo total del servicio y cantidad pagada por el paciente. Si el recibo es por más de un servicio, se tiene que detallar cuando se pago por cada uno.

II. Reembolso por Servicios de Farmacia:

Para procesar reembolsos de farmacia necesita incluir los siguientes documentos con su solicitud:

1. Recibo original
2. Nombre completo del paciente.
3. Fecha de servicio (mes/día/año)
4. Nombre del medicamento o medicamentos **DESGLOSADO**.
5. Número de receta.
6. Costo total del medicamento y cuánto pagó el paciente por cada medicamento.

III. Reembolso por Servicios Dentales

Para procesar reembolsos por servicios dentales necesita incluir los siguientes documentos con su solicitud:

1. Recibo original
2. Nombre completo del paciente.
3. Fecha de servicio (mes/día/año)
4. El recibo debe indicar el diente o la pieza trabajada. Si es más de un diente o pieza los mismos deben estar **DESGLOSADOS**.
5. Indicar lado de la pieza trabajada. Cada superficie tiene tarifa por separado.
6. Descripción del código o nombre del servicio brindado.
7. Costo total del servicio y cantidad pagada por el paciente. Detallar cuánto se pagó por cada servicio.

Puede enviar su solicitud y los recibos originales por correo a la siguiente dirección: **PO BOX 364865
SAN JUAN, PR 00936-4865**

Ó entregarla personalmente en nuestras oficinas en la siguiente dirección: **Metro Office Park 2
Suite 101 Calle 1
Guaynabo, PR 00969**

Para información adicional puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **787-620-1414**.

Instructions

There are different situations where an insured can submit a claim to receive a reimbursement of his medical expenses in non-participant facilities. The situations are the following:

I. Ambulatory Medical Services:

To proceed the ambulatory services reimbursement you need the following documents:

1. Official receipt – send the official receipt with logo or stamp of the service provider which indicate the name, address, telephone and specialty.
2. Complete patient's name
3. Service Date (month/day/year)
4. Service description (code or name). If the receipt is for more than one service, you have to describe every service. The laboratory receipt has to specify all the tests received by the patient.
5. Indicate the code or the diagnostic name.
6. Service total cost and the patient's payment. If the receipt is for more than one service, you have to indicate how much the patient paid for each service.

II. Pharmacy Services Reimbursement

To proceed the pharmacy services reimbursement you need the following documents:

1. Official Receipt
2. Complete patient's name
3. Service Date (month/day/year)
4. Medicine name
5. Prescription number
6. Medicine cost and how much the patient paid for each medicine.

III. Dental Service Reimbursement

To proceed the pharmacy services reimbursement you need the following documents:

1. Official Receipt
2. Complete patient's name
3. Service Date (month/day/year)
4. The receipt has to indicate the teeth and the piece (s) that the dentist worked. If it's more than one (1) piece the services needs to be itemized on the receipt.
5. Indicate the teeth side that the dentist worked. (Every surface has separated rate.)
6. Code description or service name.
7. Service total cost and the patients' payment. If the receipt is for more than one service, you have to indicate how much the patient paid for each service.

You can send your reimbursement form with the original receipts to the following address: **PO BOX 364865
SAN JUAN, PR 00936-4865**

Or deliver it personally to our office in the following address:
**Metro Office Park 2
Suite 101 Calle 1
Guaynabo, PR 00969**

To receive more information you can contact our Customer Service Department at **787-620-1414**.