

Solicitud de Reembolso

Suscriptor Principal:					Número de Contrato: FM														
Paciente:										Número de dependientes:									
Agencia:										Cubierta:									
Dirección postal																			
Tel. Casa										Tel. Oficina									
Fecha de servicio:										Costo:									
Código:										Descripción:									
Código:										Descripción:									
Código:										Descripción:									
Proveedor que prestó los servicio:										Especialidad:									
Dirección postal																			
										Tel. Oficina									
Explicación breve para utilizar los Servicios por los cuales solicita reembolso:																			
Firma del socio:										Fecha:									

Para uso de Oficina

Efectividad: Activa										No activa									
Verificación de pago desde:										Hasta:									
Verificado por:										Fecha:									
Servicios Aprobados:										Cantidad a pagar: \$									
Autorizado por:										Fecha:									

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PROCESAR REEMBOLSOS

- Recibo original (sin balance de pago dependiente) del médico que realice el servicio con sello oficial del doctor.
- Autorización previa del plan para aquellos estudios y/o procedimientos que lo requieran.
- Reporte del médico del procedimiento o cirugía realizada.
- Código del servicio realizado (CPT) con diagnóstico del paciente (ICD-9).
- Copia tarjeta F.M.H.P. del socio.
- A partir de la fecha de servicio, tiene 90 días para someter su reembolso.
- Recuerde retener copia de los documentos enviados.

Para procesar el reembolso debe enviar documentos originales a:

International Medical Card
Departamento de Reembolso Médico
P.O. Box 144090
Arecibo, PR 00614-4090