



Formulario para Reembolsos al Afiliado

Instrucciones:

- 1. Favor de llenar la siguiente información.
2. Asegúrese de incluir toda la información identificada con el símbolo ✓ y los documentos requeridos.
3. Incluya su firma.
4. Si desea enviar la información por correo postal, favor devuelva a Medicare y Mucho Mas a la dirección indicada al dorso.

Fecha _____ Sometida por: _____

Nombre del afiliado _____

Núm. de identificación _____ (Núm. que aparece en su tarjeta del plan)

Dirección postal _____

Número de teléfono _____

Por favor verifique que los siguientes documentos estén incluidos.

✓ Recibo original con el matasello/membrete de la oficina del proveedor.

De no tener el recibo original, favor someter un formulario 1500/UB04 con la siguiente información:

✓ Fecha de Servicio: _____

✓ Nombre del Proveedor: _____

✓ Rendering NPI del Proveedor: _____ (Numero de proveedor único que identifica al proveedor de servicios).

✓ Diagnóstico: _____

✓ Código(s) de Procedimiento(s):

- 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____

✓ Cantidad Pagada : _____

[] Otro: _____



¿Su visita fue a un proveedor no contratado? Si [] No []

Si su contestación a la pregunta anterior fue que Sí, favor de proveer la siguiente información adicional:

- ✓ **Nombre del Proveedor que lo refirió** (Incluir nombre completo)_____
 - ✓ **Número de la oficina del proveedor** _____
 - ✓ **Razón de Referido:**_____
-
-

Si usted tiene alguna pregunta o requiere información adicional, llame a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos) ó al 711 TTY (audios impedidos). Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Si desea enviar por correo postal, favor a la siguiente dirección:

Medicare y Mucho Más

Att: Departamento de Reclamaciones

PO Box 71305

San Juan, PR 00936-8405

✓ **Firma del Afiliado** _____

✓ **Fecha** _____

Si usted es representante autorizado favor de completar los siguientes campos sometiendo cualquiera de los siguientes documentos: poder legal, formulario AOR válido ó documento equivalente.

✓ **Nombre del Representante autorizado** (en letra de molde)_____

✓ **Firma del Representante autorizado** _____ ✓ **Fecha** _____