



Formulario para Reembolsos al Afiliado

Instrucciones:

1. **Favor de llenar la siguiente información.**
2. **Asegúrese de incluir toda la información y los documentos requeridos.**
3. **Incluya su firma.**
4. **Devuelva a PMC Medicare Choice a la dirección indicada al dorso.**

Fecha _____ Sometida por: _____

Nombre del Afiliado _____

Núm. de Identificación _____

Dirección Postal _____

Número de Teléfono _____

Fecha de Efectividad: _____ Fecha de Desafiliación: _____

Por favor verifique que los siguientes documentos estén incluidos. Incluya el recibo original con el matasellos de la oficina del proveedor o un **formulario 1500** con la siguiente información:

✓ Fecha de Servicio: _____

✓ Nombre del Proveedor: _____

✓ Diagnóstico: _____

✓ Código de Procedimiento: _____

✓ Cantidad Pagada: _____

[] Otro <INSERTE EL LENGUAJE APROPIADO>

[] Si su visita fue a un proveedor no contratado, provea la siguiente información:

✓ Nombre del Proveedor que lo refirió e información de contacto (favor incluir nombre completo y número telefónico de la oficina del proveedor):

_____ Razón de Referido: _____

✓ ¿El proveedor le otorgó orden médica? : [] Sí* [] No

*Si la contestación fue afirmativa, favor incluir la orden médica.



Firma del Afiliado _____ Fecha _____

Para más información, llame a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 787-625-2126 (Área Metro), 1-866-516-7700 (libre de cargos) o al 1-866-516-7701 TTY (audio impedido). Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Envíe a:

PMC Medicare Choice
Att: Departamento de Reclamaciones
PO Box 366292
San Juan, PR 00936-6292