



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 Medicare y Mucho Más 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 matasello de la oficina del proveedor o un formulario 1,500 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 de Procedimiento: _____
- ✓ Cantidad Pagada: _____
[] Otro <INSERTE EL LENGUAJE APROPIADO>

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

- ✓ Nombre del Proveedor que lo refirió (favor incluir nombre completo y número de la oficina del proveedor): _____
- ✓ Razón de Referido: _____



✓ Le otorgo orden médica: Si* No

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

Firma del Afiliado _____ Fecha_____

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 1-866-333-5469 TTY (audioimpedidos). Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Envíe a:
Medicare y Mucho Más
Att: Departamento de Reclamaciones
PO Box 71114
San Juan, PR 00936-8014

NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN

PARA USO DE RECLAMACIONES

Resolución: Aprobado Denegado

Comentario: _____

Firma: _____ Fecha: _____

H4003 – MMM Healthcare, LLC.
2009 1009 0039 2 FUS
CMS FUS 12 08 08