



P.O. Box 144090
 Arecibo, PR 00614-4090
 Tel. (787) 878-6909
 Fax 787-650-0318

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 servicios:										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:			

