



Solicitud de Reembolso

Servicios Médicos Dental Visión Servicios Estados Unidos Cannabis Medicinal

Instrucciones: Favor de completar la solicitud en letra de molde. Si usted reclama gastos para más de un dependiente cubierto en su póliza, deberá utilizar un (1) formulario de reclamación por cada dependiente. Si usted reclama gastos por servicios ofrecidos por más de un proveedor (por ejemplo: médico, hospital, laboratorio), debe adjuntar el recibo de pago legible y original por cada proveedor que prestó servicios. Conserve copia para sus registros. Formularios que no contengan la información solicitada completada podrían retrasar el procesamiento de su reembolso o ser devueltos a usted.

Sección 1. Información del Solicitante

Nombre del Suscriptor Principal:	Apellidos:	Número de Contrato:
Nombre del Paciente:	Apellidos:	Número de Contrato:
Dirección postal:	Fecha Nacimiento: _____ / _____ / _____ mes / día / año	
Nombre del Grupo:	Número del Grupo:	
Teléfono Principal:	Teléfono Alternativo:	

Sección 2. Coordinación de Beneficios (Favor de completar esta sección si el suscriptor tiene otro plan médico).

¿El suscriptor tiene otro Plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Plan: _____
	Número de Contrato: _____

Sección 3. Información del Proveedor

Los costos reclamados están relacionados a:	<input type="checkbox"/> Accidente Automóvil	<input type="checkbox"/> Accidente Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro tipo de Accidente
	<input type="checkbox"/> Proveedor no acepta el plan	<input type="checkbox"/> FM Cannabis C6 P	<input type="checkbox"/> No aplica
Nombre del Proveedor que prestó los servicios:	Especialidad: Teléfono: (____) _____		
Dirección:			

Fecha de servicio	Código de CPT	Descripción de Servicio	Total Pagado

Sección 4. Autorización del Suscriptor

Certifico que la información ofrecida en este formulario de trámite es correcta y completa.

Firma del Suscriptor o su Representante Autorizado

Fecha:

First Medical Health Plan, Inc., ofrece servicios de intérprete de idiomas y lenguaje de señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales como; Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje, por favor comuníquese con First Medical Health Plan, Inc., al teléfono que aparece al dorso de su tarjeta o visite cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio en horario de 8:00am a 5:00pm. First Medical Health Plan, Inc., cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Para exclusivo de Oficina

Elegibilidad: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> No activa	Fecha de recibo de la solicitud:	Verificado por:
Periodo de verificación de pago:	Cantidad para reembolsar: \$	Autorizado por: