



Dental

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 ADA** 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:** _____



Dental

¿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: NetClaim Solutions

1353 Ave. Luis Vigoreaux PMB 615

Guaynabo, PR 00966-2715

✓ **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** _____