



# SOLICITUD DE REEMBOLSO

NO. RECLAMACIÓN

TOTAL DEL REEMBOLSO

\$

## IMPORTANTE:

- Para poder procesar su reembolso es importante que tanto el suscriptor como el proveedor completen ambas páginas de esta solicitud.
- La solicitud de reembolso debe estar acompañada con recibo original.
- Debe someter su solicitud en un lapso de 30 días a partir de la fecha en que recibió el servicio.
- No se procesará la solicitud de reembolso si tiene deuda pendiente de pago con el Plan Médico SSBV, Inc.
- El no cumplir con los puntos antes mencionados conlleva a que el suscriptor no tenga derecho al reembolso.
- Se reembolsará de acuerdo a las tarifas contratadas por el Plan Médico SSBV, Inc.
- Los deducibles no son reembolsables.
- No se reembolsará por servicios ordenados y/o prestados por profesionales y facilidades no participantes, mientras existan facilidades contratadas.
- En caso de necesitar facilidades no contratadas estará sujeto a pre-autorización del servicio, de ser ésta requerida. (La pre-autorización deberá estar incluida como parte de la Solicitud).

## DEBE SER COMPLETADO POR EL SUSCRIPTOR

NÚMERO CONTRATO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO SEGURO SOCIAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELÉFONO

---

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL  
(NOMBRE Y APELLIDOS EN LETRA DE MOLDE)

---

CORREO ELECTRÓNICO

---

## RAZONES PARA RECIBIR LOS SERVICIOS DE UN PROVEEDOR NO CONTRATADO

---

---

Autorizo al Proveedor a entregar al Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. los documentos relacionados con los servicios sometidos en esta reclamación. Certifico que mi tarjeta del Plan está activa y la cuota correspondiente ha sido pagada a la fecha de los servicios recibidos.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR

FECHA

**DEBE SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR**

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

CÓDIGO DEL DIAGNÓSTICO (ICD 10)

DESCRIPCIÓN DE SERVICIO	CÓDIGO CPT	CARGOS	FECHA DE SERVICIO					
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						\$ _____	_____
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						\$ _____	_____
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						\$ _____	_____
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						\$ _____	_____
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						\$ _____	_____

*Certifico que los materiales y servicios indicados fueron suministrados y el pago fue recibido.*

NOMBRE DEL PROVEEDOR (EN LETRA DE MOLDE) \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

#LIC. \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROVEEDOR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



**PARA USO EXCLUSIVO DEL  
PLAN MÉDICO SERVICIOS DE SALUD BELLA VISTA, INC.**

- Reembolso Aceptado / Procesar para Pago
- Reembolso Denegado / Razón \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA AUTORIZADA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_