



# FORMULARIO PARA RECLAMO DE REEMBOLSO AL MIEMBRO

**INSTRUCCIONES:** Por favor complete este formulario, incluya la factura del proveedor, prueba de pago, y envíelo por correo a la siguiente dirección: Physicians United Plan (HMO), 9102 Southpark Center Loop, Suite 200, Orlando, FL 32819. O vía fax al 407-852-9066. Formularios incompletos serán devueltos a usted por información no provista.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ # De Membresía: \_\_\_\_\_

Describa los servicios/suministros recibidos: \_\_\_\_\_

Provistos a usted por: \_\_\_\_\_  
*(Nombre, dirección y número telefónico del proveedor)*

Razón para el servicio: \_\_\_\_\_  
*(Describir el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad o lesión)*

¿Este reclamo es relacionado a un accidente?  Si  No *Si contesto si por favor explique:*

¿Este reclamo es relacionado a una emergencia?  Si  No *Si contesto si por favor explique:*

Cantidad facturada por el proveedor: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada por usted: \_\_\_\_\_

Cheque enviado a: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono durante el día: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Por favor lea y firme a continuación:**

Yo autorizo a todos mis proveedores de mi cuidado medico a proveer a Physicians United Plan HMO ("PUP") información sobre consultas de cuidado de salud, tratamientos o materiales provistos a mi. Esta información será usada para evaluar mi reclamo por beneficios. Reconozco que tengo derecho a recibir copia de esta autorización si así lo solicito y reconozco que una copia fotográfica de esta autorización es igual de valida que la original.

Cualquier persona que intente dañar engañar o defraudar a cualquier compañía de seguro llenando un formulario o aplicación de reembolso que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de delito en tercer grado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_