

Número del caso: <i>Case number:</i>	Fecha: <i>Date:</i>
Número de póliza: <i>Policy number:</i>	Compañía o planta: <i>Company or plant</i>

## FORMULARIO DE REEMBOLSO<sup>1</sup> CLAIMS FORM<sup>1</sup>

Nombre del asegurado  
*Insured Name*

Número alterno  
*Alternate number*

Nombre del paciente<sup>2</sup>  
*Patient's name<sup>2</sup>*

Parentesco  
*Patient's relation*

Fecha de nacimiento del paciente  
*Patient's birth date*

MES/MONTH                      DIA/DAY                      AÑO/YEAR

¿La reclamación es resultado de un accidente?  
*Is the claim a result from an accident?*  Sí/Yes  No

**Si su respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, conteste las siguientes cuatro (4) preguntas.  
If your answer in the last question was affirmative, please answer the following four questions.**

¿Cómo ocurrió el accidente?  
*How was the accident?*

¿Cuándo ocurrió el accidente?  
*When was the accident?*

MES/MONTH                      DIA/DAY                      AÑO/YEAR

¿Dónde ocurrió el accidente?  
*Where was the accident?*

¿El accidente está relacionado con el trabajo del paciente?  
*Is the accident related with the patient's job?*  Sí/Yes  No

¿Tiene el paciente otro seguro?  
*Does the patient have another health insurance?*  Sí/Yes  No

Si su respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, indique cuál es el nombre de la compañía aseguradora y el número de póliza.<sup>3</sup>  
*If your answer in the last question was affirmative, please let us know which is the health insurance name and policy number<sup>3</sup>*

Compañía aseguradora  
*Health insurance company name*

Número de póliza  
*Policy number*

**VEA INSTRUCCIONES AL DORSO/INSTRUCTIONS ON THE BACK**

<sup>1</sup> De no cumplimentar debidamente este formulario y de no incluir los recibos oficiales con la información requerida, su reembolso no podrá ser procesado. Ver abajo para más información.

<sup>2</sup> Utilizar un Formulario de Reembolso para cada paciente.

<sup>3</sup> Incluya hoja de Explicación de Pago del Plan Primario

## Instrucciones

Existen situaciones por las cuales un asegurado puede hacer una reclamación para recibir reembolsos de sus gastos médicos cubiertos en facilidades no participantes.

### I. Reembolso por servicios médicos prestados de forma ambulatoria:

Para procesar los recibidos de reembolso por servicios médicos ambulatorios necesita los siguientes documentos:

1. Recibo oficial – enviar recibo oficial con logo o sello del proveedor de servicio que indique: nombre, dirección, teléfono y especialidad
2. Nombre completo del paciente
3. Fecha de servicio (mes/día/año)
4. Descripción del servicio recibido, ya sea en código o nombre. Si el recibo es por más de un servicio, cada servicio tiene que ser DESGLOSADO. Los recibos de laboratorios deben especificar todas las pruebas realizadas al paciente.
5. Indicar el código y/o el nombre del diagnóstico.
6. Costo total del servicio y cantidad pagada por el paciente. Si el recibo es por más de un servicio, se tiene que detallar cuanto se pagó por cada uno.

### II. Reembolso por servicios dentales

Para procesar los recibidos de reembolso por servicios dentales necesita documentos:

1. Recibo oficial.
2. Nombre completo del paciente.
3. Fecha de servicio (mes/día/año).
4. El recibo deberá indicar el diente o la pieza trabajada.
5. Indicar lado de la pieza trabajada. Cada superficie tiene tarifa por separado.
6. Descripción del código o nombre del servicio brindado.
7. Costo total del servicio y cantidad pagada por el paciente. Detallar cuánto se pagó por cada servicio.

Puede enviar su solicitud con los recibos originales por correo al MCS Plaza, 255 Ave. Ponce de León, San Juan, PR 00902-3547. También puede entregarla personalmente en MCS Plaza, Suite 105. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-758-1616.

<sup>1</sup> You have to complete all the claims form and include all the official receipts to proceed the claim. See below for more information. Use one claim form for each patient.

<sup>2</sup> Include the payment Explanations Form of the Primary Health Insurance.

## Instructions

There are situations where the insured can submit a claim to receive a reimbursement of his medical expenses in non-participant facilities. The situations are the following:

### I. Ambulatory Medical Services Reimbursement:

To proceed the ambulatory medical services reimbursement you need the following documents:

1. Official receipt- send the official receipt with the logo or stamp of the service provider which indicate the name, address, telephone and specialty.
2. Complete patient's name.
3. Service date (month/day/year)
4. Service description (code or name). If the receipt is for more than one service, you have to describe every service. The laboratory receipt has to specify all the test received by the patient.
5. Indicate the code or the diagnostic name.
6. Service total cost and the patient's payment. If the receipt is for more than one service, you have to indicate how much the patient paid for each service.

### II. Dental Service Reimbursement

To proceed the dental service reimbursement you need the following documents:

1. Official receipt.
2. Complete patient's name.
3. Service date (month/day/year).
4. The receipt has to indicate the teeth and the piece work that the dentist worked.
5. Indicate the teeth side that the dentist worked. Every surface has separate rate.
6. Code description or service name.
7. Service total cost and the patient's payment. If the receipt is for more than one service, you have to indicate how much the patient paid for each service.

You can send your claim form with the original receipts to MCS Plaza, 255 Ave. Ponce de León, San Juan, PR 00902-3547 or deliver it personally in MCS Plaza, Suite 105. If you have any question, please call our Customer Service Department 1-888-758-1616.