

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE											
1. NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE, INICIAL)						7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (CONTRATO) DEL PACIENTE SUSCRIPTOR (INCLUYA EL ALFA-PREFIJO)					
2. DIRECCIÓN 1 (Use si es diferente a la dirección del asegurado principal)						8. CORREO ELECTRÓNICO			9. NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO		
3. DIRECCIÓN 2						10. NÚMERO DE FAX			11. NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO		
4. CIUDAD/PUEBLO			5. ESTADO		6. CÓDIGO POSTAL		12. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA			13. NOMBRE DE LA PLANTA	
B. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE											
14. CERTIFICO que la información provista en este formulario de reclamación es correcta y completa y que estoy reclamando beneficios solamente para los cargos incurridos por el paciente indicado arriba. AUTORIZO a cualquier hospital, médico, institución de servicios de salud o proveedor que participó en el cuidado de salud del paciente a divulgar a FHCHS o sus representantes autorizados, toda información médica o de otra índole solicitada con el propósito de evaluar y procesar esta reclamación de beneficios.											
FIRMA DEL PACIENTE, SUSCRIPTOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO						FECHA					
C. INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS MÉDICOS											
15. NOMBRE DEL PROVEEDOR						16. ID PROVEEDOR (National Provider Identifier -NPI)			17. NÚMERO LICENCIA DEL PROVEEDOR		
18. DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR						19. ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR			20. NÚMERO DE CUENTA/RECORD PACIENTE		
									21. SERVICIOS PRESTADOS EN:		
23. DIAGNÓSTICO ICD						<input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> OTRO			24. NÚMERO DE PREAUTORIZACIÓN DEL PLAN		
						Indique dónde: _____					
SERVICIOS PRESTADOS											
1	FECHA DE SERVICIO		TIPO	LUGAR DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO	MOD	DÍAS/ UNIDADES	USO DE FHCHS	TOTAL PAGADO	USO DE FHCHS
	DESDE MM/DD/AAAA	HASTA MM/DD/AAAA									
2											
3											
4											
5											
6											
FIRMA DEL MÉDICO O SUPLIDOR INCLUYENDO GRADOS O CREDENCIALES						SELLO TIMBRADO DEL PROVEEDOR			SÓLO PARA USO DE FHCHS		
FIRMA						FECHA					

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

PARA EL PACIENTE / SUSCRIPTOR QUE SOMETE LA RECLAMACIÓN PARA REEMBOLSO

IMPRIMIR FORMA

- Use este formulario para reclamar todos los servicios pagados excepto que no sean deducibles.
- Complete todos los campos aplicables, fecha y firme el formulario.
- Si usted reclama gastos para más de un miembro de su familia, favor de utilizar un formulario de reclamación para cada uno.
- Incluya y anexe recibos detallados, en original, y Explicación de Beneficios para todos los servicios o suplidos reclamados.
- Los recibos detallados debe ser legibles y DEBEN incluir la siguiente información:
  - Nombre y dirección, en letra de molde, del proveedor o institución que prestó el servicio
  - Nombre, dirección del proveedor
  - Número de Identificación Nacional del Proveedor (National Provider Identifier, NPI) y uno de los siguientes números: Identificación Patronal, Licencia Estatal
  - Nombre completo del paciente
  - Tipo de servicio rendido
  - Fecha de cada servicio recibido
  - Cantidad facturada y cobrada por cada servicio rendido
  - Diagnóstico
  - Incluya, claramente, su número de identificación (contrato) de FHCHS completo en cada factura o documento.

**FACTURAS QUE NO CONTENGAN ESTA INFORMACIÓN PUEDEN RETRASAR SU PROCESAMIENTO O SER DEVUELTAS A USTED.**

\*Dudas o preguntas comuníquese con el número libre de cargos con su proveedor de salud mental.