



El **plan** que trabaja contigo.

SOLICITUD DE REEMBOLSO

1. Número de Contrato _____
2. Número de Grupo _____
3. Nombre del Paciente _____
4. Relación con el Suscriptor Principal: Cónyuge _____ Cohabitante _____ Hijo _____
5. Dirección _____
6. Teléfono Principal (____) _____ Teléfono Trabajo (____) _____
7. Nombre del proveedor que brindó el servicio _____
Especialidad _____
Teléfono del Proveedor (____) _____
Dirección del Proveedor _____
Fecha de Servicio: Mes _____ Día _____ Año _____
8. ¿Tiene otro Plan Médico? Sí _____ No _____
Nombre del otro plan médico _____
9. ¿Este servicio está relacionado a un accidente o trauma? Sí _____ No _____
¿Dónde? _____
¿Cuándo? _____
¿Cómo? _____



El **plan** que trabaja contigo.

10. Servicio(s) Recibido(s) _____

**CPT _____

**ICD-10 _____

Cargos \$ _____

**** Campo mandatorio**

11. ¿Antes de obtener el servicio, se comunicó con Auxilio Salud Plus, Inc.? Sí ____ No ____

12. Explica el motivo del reembolso _____

_____.

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de cubierta, que presentare, ayudare e hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa conforme lo dispone el Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Certifica que la información aquí ofrecida es correcta y que así conste, firmo este documento.

Los reembolsos se pagan mediante cheque. ¿Desea pasar a recogerlo en nuestras oficinas una vez esté listo o prefiere que lo enviemos a su dirección de correo postal?

Recogerlo ☐

Enviar a través de Correo Postal ☐

Ubicación: Tercer Piso, Torre Médica del Hospital Auxilio Mutuo, Hato Rey

Nombre _____

Representante ASP _____

Firma _____

Firma _____

Fecha: Mes ____ Día ____ Año ____

Fecha: Mes ____ Día ____ Año ____