

RECIBO DEL PROVEEDOR Y SOLICITUD DE REEMBOLSO (CLAIM FORM)

No. _____

AL DORSO DE ESTE FORMULARIO ENCONTRARA LAS INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMULARIO.
(INSTRUCTIONS FOR COMPLETING CLAIM FORM ARE ON BACK OF FORM).

INFORMACION DEL PACIENTE (PATIENT'S INFORMATION)

A. _____



PRIMER APELLIDO
(LAST NAME)

SEGUNDO APELLIDO
(SECOND NAME)

NOMBRE DEL PACIENTE
(NAME OF PATIENT)

NUMERO DE CONTRATO
(CONTRACT NUMBER)

B. DIRECCION DEL PACIENTE (PATIENT'S ADDRESS):

C. TERRITORIO (TERRITORY)

- P.R.
 E.U.
 FUERA DE P.R. Y E.U.

D. CLAVE PARA LUGAR DE SERVICIO (PLACE OF SERVICE CODE)

- O - OFICINA O CONSULTORIA DEL MEDICO (DOCTOR'S OFFICE)
 C - HOGAR DEL PACIENTE (PATIENT'S HOME)
 E - SALA DE EMERGENCIA (EMERGENCY ROOM)
 CE - CENTRO RAYOS X / LABORATORIO
 CC - CIRUGIA AMBULATORIA EN HOSPITAL (HOSPITAL BASED AMBULATORY SURGICAL CENTER)
 CA - CENTRO CIRUGIA INDEPENDIENTE (FREE STANDING SURGICAL CENTER)

E. INDIQUE SI TIENE OTRO PLAN DE SEGURO DE SALUD
(INDICATE ANY OTHER HEALTH INSURANCE COVERAGE)

NOMBRE DE LA COMPAÑIA (COMPANY NAME)

NUM. DE CONTRATO (CONTRACT NUMBER)

INFORMACION DEL PROVEEDOR (PROVIDER'S INFORMATION)

Número de proveedor (Provider codes)

F. ESPECIFIQUE NOMBRE, DIRECCION, ESPECIALIDAD DEL MEDICO Y/O PROVEEDOR DEL SERVICIO
(SPECIFY NAME, ADDRESS, AND SPECIALTY OF PHYSICIAN AND/OR PROVIDER OF SERVICE)

G. DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO
(DIAGNOSIS AND/OR TREATMENT)



ICD-9-CM

LINEA (LINEA)	H. FECHA DE SERVICIO (DATE OF SERVICE)						I. CODIGO DE SERVICIO (SERVICE CODE)	J. NUM DE SERVICIOS (NO. OF SERVICES)	K. NUM SESION PSIQ. (SESSION NO.)	L. DESCRIPCION DEL SERVICIO (SERVICE DESCRIPTION)	M. PAGO RECIBIDO POR PROVEEDOR (PAYMENT RECEIVED BY PROVIDER)
	DESDE - FROM			HASTA - TO							
	MES MONTH	DIA DAY	AÑO YEAR	MES MONTH	DIA DAY	AÑO YEAR					
01											
02											
03											
04											
05											
06											

N. Certifico que estos servicios fueron prestados por mí, que no han sido facturados anteriormente y que recibí el pago que el asegurado indica en el espacio M.

I certify that these services have been rendered to the insured, they have not been previously billed and that payment was received by the amount indicated by the insured on space M.

FECHA (DATE)

FIRMA AUTORIZADA - LIC. NUM. (AUTHORIZED SIGNATURE-LIC. NO.)

O. Certifico que recibí y pagué los servicios aquí facturados y autorizo que se ofrezca a Triple-S, Inc. cualquier información relacionada con esta reclamación.

I certify that the services on this claim have been received and paid by me, and I authorize the release of any information necessary to process this claim.

FECHA (DATE)

FIRMA DEL PACIENTE (PATIENT'S SIGNATURE)

Concesionario
Independiente de
BlueCross and
BlueShield of
Florida Association



TRIPLE-S, INC.