



El Plan Beneficios de Salud de la Asociación de Maestros

PO Box 191088 • San Juan, PR 00919-1088

www.tuplanmaestro.com

Información del Asegurado

1	Nombre (apellido paterno, materno, nombre, inicial)	7	Número de Contrato				
2	Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre, inicial)	8	Número Teléfono	9	Correo electrónico		
3	Dirección Postal	4	Ciudad	5	Estado	6	Código Postal

Información otro Seguro Médico

11	Nombre del Plan Médico	12	Número de Póliza	13	Fecha de Nacimiento
14	Nombre de Patrono	15	Fecha de Efectividad	16	Elegible a Medicare: Si ____ No ____ Número Medicare

Información sobre el Proveedor que brindó los servicios

17	Nombre del Proveedor	18	18. Especialidad		
19	Dirección Física	20	Número de Licencia	21	NPI

Información sobre los servicios brindados por el proveedor

Fecha de Servicio		Dx	Lugar de Servicio	Código de Procedimiento	Total Pagado
Desde mm/dd/aaaa	Hasta mm/dd/aaaa				
					\$
					\$
					\$
					\$

Comentarios:

Certificación sobre Ley Núm. 18 del 18 de enero de 2004

22 Solicitamos que lea y firme este documento que forma parte de esta solicitud de reembolso al asegurado de la Asociación de Maestro de Puerto Rico. "Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud del seguro o, ayudare o hiciere una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación de cinco mil dólares (\$5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000), o pena de reclusión por un término fijo de (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años, de medicar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años". Conforme a la Ley Núm. 18 del 18 de enero de 2004, Artículo 27.320

23 Autorizo al Proveedor a entregar a PROSSAM los documentos relacionados con los servicios sometidos en esta reclamación. Certifico que mi tarjeta de identificación se encuentra en vigor a la fecha de los servicios, que la prima correspondiente está pagada y que el servicio fue recibido.

En _____, Puerto Rico, hoy día ____ de ____ 20____.

Firma del paciente o asegurado

Fecha