

Formulario de reclamo para miembros

Utilice este
formulario cuando
envíe reclamaciones



110 S. Shipley Street
Seaford, DE 19973

Información del titular de la	Grupo #
Nombre	Teléfono #
Dirección	

Nombre del paciente

Tipo de reclamo

- médica**
- dental**
- visión**

Seleccione uno:

Le he pagado al proveedor y solicito el pago de los beneficios.

No le he pagado al proveedor y autorizo y solicito el pago de beneficios al médico / proveedor.

Firma

Fecha