IMC
RED DE PROVEEDORES
INTERNATIONAL MEDICAL CARD

SOMOS LA RED DE PROVEEDORES DE:
First MEDICAL
HEALTH PLAN, INC.

FORMULARIO DE TRAMITE
ENVIO DE RECLAMACIONES ORIGINALES

INFORMACION DEL PROVEEDOR			
Nombre del Proveedor			
Dirección Postal			
NPI		Teléfono	
Fecha de Envío		Fax	

Importante: Para agilizar el procedimiento de las facturas, no debe incluir facturas pendientes de pago y/o reclamaciones para ajuste. Estas deben ser presentadas en sus respectivas formas.

Nombre del Suscriptor	Número de Contrato	Nombre del Paciente	Fecha de Servicio	Cargo Total

Direcciones para el envío de reclamaciones originales	**Por correo:** P.O. Box 144090 Arecibo, PR 00614-4090
	A la mano: Departamento de Servicios Generales • Calle Gonzalo Marín #51 Arecibo, PR
Teléfono	787-878-6909