



**FORMULARIO DE PETICIÓN DE BENEFICIOS EN EL EXTRANJERO**  
 INTERNATIONAL MEDICAL GROUP®, INC.  
 P.O. BOX 88509  
 INDIANAPOLIS, IN 46208-0509 USA  
 TELÉFONO: 317-655-4500  
 FAX: 317-655-4505

**EL RECLAMO DEBE SER HECHO  
 DENTRO DE 90 DIAS DE LA  
 FECHA DEL SERVICIO**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Nº DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_

\* Un formulario de petición de beneficios debe ser completado para cargos incurridos en el extranjero

**RESUMEN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS**

FECHA DE SERVICIO	PROVEEDOR DEL SERVICIO	TIPO DE SERVICIO QUE FUE RECIBIDO	TIPO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE	TIPO DE MONEDA	CIUDAD/ PAIS	CANTIDAD TOTAL	PARA USO DE LA OFICINA