

FORMULARIO DE PETICIÓN DE BENEFICIOS EN EL EXTRANJERO
IMG® (International Medical Group®)



Address: Claims, P.O. Box 240429, Apple Valley, MN 55124 USA,
Call: +1.800.628.4664 or outside U.S. +1.317.655.4500;
Fax: +1.317.655.4505
Email: customercare@imglobal.com
Web: www.imglobal.com/secure-message-center www.imglobal.com

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

N° 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