

Reimbursement Form / Forma de Reembolso

Please allow 3-6 months for reimbursement process.
Por favor permita de 3 a 6 meses para procesar su reembolso.

Date / Fecha: ____/____/____

Patient ID #: _____

Patient name / Nombre de paciente: _____

Medicaid ID #: _____

Name of responsible party / Nombre de la persona responsable: _____

Phone number / Numero de telefono: _____

Address / Dirección : _____

DOS	Claim #	Amount Paid
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Totals :

Date

Initials

_____ Paid by Insurance _____

_____ Refund Applied in ECW _____

_____ Check Written, # _____

_____ Check Mailed _____

_____ Check picked up by _____