

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 <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> médica<input type="radio"/> dental<input type="radio"/> 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

Envíenos su formulario por correo, fax o portal web.
Subir al sitio web: <https://integratpa.com/>,
'Contactenos', 'Servicio al Cliente/ShareFile'
Fax: 302-629-8416