Reclamo Médico

AMERICAN MUTUAL BENEFITS

Fax to 888.884.4085. Fotocopiar los recibos en papel 8.5 x 11. **NO ENVIE recibos originales**.

Nombre del empleado Número de Seguro Social

Nombre del empleador

Domicilio

Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono Marque si cambio la Dirección

Costos Medicos sin Reembolso

Fecha de los gastos	Proveedor	Descripcion de los gastos	Miembro de la familia	Cantidad