

Formulario de Reclamo de Beneficios de Salud

Para Ser Completado Por el Afiliado

Para usar con la Familia Humana de Seguro de Salud y Empresas de Planes de Salud

INSTRUCCIONES

1. Complete toda la información solicitada a continuación.
2. Utilizar una forma separada para cada afiliado de la familia y para cada accidente o enfermedad.
3. Adjuntar facturas detalladas ORIGINALES. Por favor, conserve una copia para sus registros.
4. ASIGNACIÓN: Si desea que los beneficios se paguen directamente al médico o proveedor del servicio, firme el bloque De Pago directo a continuación. NOTA: Los Beneficios para el confinamiento hospitalario se pagarán directamente al hospital.
5. Envíe por correo el formulario a la dirección que se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro.

1. Empleado/Afiliado Nombre (Apellido) (Primer) Inicial)	2. Afiliado ID (11 caracteres):	3. Número de Grupo
4. Empleado/Afiliado Dirección de Casa	5. Nombre del Grupo	
	6. Empleado/Afiliado Fecha de Nacimiento:	7. Paciente: Fecha de Nacimiento:
8. Nombre del Paciente: (Apellido) (Primer) (Inicial)	9. Relación del Paciente al Empleado:	

10. Fecha de Servicio		Lugar de Servicio*	Código CPT/Descripción de Servicio	Código de Diagnóstico	Gastos Unitarios	Días o Unidades	Cargos Totales
De	A						

*Lugar de Codigos de Servicio

- 02 - Telehealth
- 11 - Consultorio del Médico
- 12 - Hogar del Paciente
- 19 - Fuera del campus - Hospital para pacientes Ambulatorios
- 20 - Cuidado Urgente
- 21 - Hospital para pacientes Internados
- 22 - En Campus - Hospital para pacientes Ambulatorios
- 23 - Cuarto de Emergencia
- 24 - Centro Quirúrgico Ambulatorio
- 31 - Centro de Enfermería Especializada
- 32 - Instalación de Enfermería para Ancianos
- 41/42- Ambulancia Tierra/Aire
- 55 - Instalación Residencial de Tratamiento de Abuso de Sustancias
- 72 - Clínica de Salud Rural
- 81 - Laboratorio Independiente
- 99 - Otras Ubicaciones

11. Médico, Proveedor y/o Nombre del Grupo Dirección, Código Postal, No. de Teléfono y No. de ID Fiscal

--

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Si El Pago Se Va A Enviar Directamente Al Proveedor

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Entiendo que, según lo permita la ley, en la medida de los beneficios pagados bajo este reclamo, el Plan adquiere todos los derechos de recuperación que pueda tener contra otras partes que se consideren responsables de estos gastos.

Por la presente, autorizo el pago al proveedor de los servicios y entiendo que soy financieramente responsable de los gastos del hospital, médicos o médicos no cubiertos por esta autorización.

12. Firma del Paciente o Persona Autorizada	Fecha	13. Firma del Empleado	Fecha
---	-------	------------------------	-------

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros y presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información concierne a cualquier material factual incurrirá en un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

GNA02NHHH