

# Formulario Internacional 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: Afiliado: Por favor envíe la **PRUEBA DE PAGO** hecho al proveedor extranjero.
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		Descripción de la Atención Médica	Diagnóstico	Días o Unidades	Total de Cargos Extranjeros
De	A				

¿Está asegurado bajo un plan de salud de Medicare?  Sí  No

¿En qué país se realizó la atención médica?

¿En qué tipo de moneda se envía la factura?

¿Cuál es el monto total del reclamo en dólares americanos? (opcional)

¿Por favor, indique el propósito del viaje al extranjero?  Expatriado o Jubilado viviendo en el extranjero.  Viajando internacionalmente por placer.  Viajando internacionalmente por negocios, vivo en los Estados Unidos de America.

Verifique el tipo de servicio(s) que se prestó: <input type="checkbox"/> Telehealth <input type="checkbox"/> Consultorio del Médico <input type="checkbox"/> Hogar del Paciente <input type="checkbox"/> Fuera del campus - Hospital para pacientes Ambulatorios <input type="checkbox"/> Cuidado Urgente <input type="checkbox"/> Hospital para pacientes Internados <input type="checkbox"/> En Campus - Hospital para pacientes Ambulatorios <input type="checkbox"/> Cuarto de Emergencia <input type="checkbox"/> Centro Quirúrgico Ambulatorio <input type="checkbox"/> Centro de Enfermería Especializada <input type="checkbox"/> Instalación de Enfermería para Ancianos <input type="checkbox"/> Ambulancia Tierra/Aire <input type="checkbox"/> Instalación Residencial de Tratamiento de Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Clínica de Salud Rural <input type="checkbox"/> Laboratorio Independiente <input type="checkbox"/> Otras Ubicaciones	11. Nombre del Proveedor de Atención Médica, Instalación u Hospital, Dirección, Código postal del área, País, Número de Teléfono
--	--

## LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

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.

12. Firma del Paciente o Persona Autorizada	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 concerniente a cualquier material factual incurrirá en un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

GNA02NHHH