

Formulario de reclamación médica del mercado de seguros médicos

SECCIÓN 1 INFORMACIÓN DEL CLIENTE SUSCRIPTOR: <i>El suscriptor debe completar esta sección.</i>						
A1. NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (Nombre)		(Apellido)	(Inicial del segundo nombre)	A2. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	B. FECHA DE NACIMIENTO MM DD AAAA	
C. DIRECCIÓN DE CORREO DEL SUSCRIPTOR (N.º, Calle)		(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	N.º DE TELÉFONO DE DÍA ()	
¿HUBO UN CAMBIO DE DIRECCIÓN? (Nota: La dirección también debe cambiarse llamando a Servicios para Miembros, si corresponde). <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			D. N.º DE ID. DE COMMUNITY (en el frente de su tarjeta de Id. de Community)			

SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE: <i>Complete esta sección SOLO si el paciente no es el suscriptor.</i>						
A. NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	B. RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	C. FECHA DE NACIMIENTO MM DD AAAA	D. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
E. DIRECCIÓN DEL PACIENTE – SI NO ES LA DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR (N.º, Calle)			(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	
F. N.º DE ID. DE COMMUNITY DEL PACIENTE – (El número de Id. de Community se encuentra en el frente de su tarjeta de Id.)						

SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DE RECLAMACIÓN DEL ACCIDENTE/OCUPACIONAL: <i>Complete esta sección solo si presenta la reclamación por un accidente o una enfermedad o lesión ocupacional (relacionada con su trabajo).</i>		
A. ¿ACCIDENTE O ENFERMEDAD RELACIONADO CON SU TRABAJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	B. ¿LESIÓN POR ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	C. DESCRIBA CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE, LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO
D. FECHA DEL ACCIDENTE O COMIENZO DE LA ENFERMEDAD		E. ¿PRESENTAN USTED O SUS DEPENDIENTES UNA RECLAMACIÓN O DEMANDA CONTRA UN TERCERO, COMO UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, PARA RECUPERAR EL COSTO DE GASTOS INCURRIDOS COMO RESULTADO DEL ACCIDENTE O LA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es así, nombre del tercero y n.º de teléfono: _____

SECCIÓN 4 INFORMACIÓN DE COBERTURA FAMILIAR/OTRA COBERTURA: <i>Complete solo si la reclamación se presenta en nombre de un dependiente y/o tiene otra cobertura vigente.</i>						
A. ¿SU CÓNYUGE TIENE UN EMPLEO? SI RESPONDE "NO", ¿SU CÓNYUGE TUVO ALGUN EMPLEO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		B. NOMBRE DEL CÓNYUGE (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE MM DD AAAA
C. NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (N.º, Calle)		(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	N.º DE TELÉFONO ()
D1. ¿EL PACIENTE ESTÁ CUBIERTO POR OTRO PLAN DE SEGURO MÉDICO? Si es así, detallar: NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SALUD			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA MM DD AAAA	NÚMERO DE PÓLIZA	TIPO DE PLAN (HMO O PPO), SI LO CONOCE
D2. ¿EL PACIENTE ESTÁ CUBIERTO POR MEDICARE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						

SECCIÓN 5 CERTIFICACIÓN	
<p>Cualquier persona que deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presenta una solicitud de declaración de seguro de reclamación que contiene información sustancialmente falsa; u (2) oculta, con el propósito de inducir a error, información relativa a cualquier hecho sustancial de dicha solicitud, comete un acto de seguro fraudulento que constituye un delito. Si es residente de Texas, consulte la última página de este formulario. Certifico que la información suministrada es verdadera y correcta.</p>	
FIRMA DEL SUSCRIPTOR X	FECHA MM DD AAAA

SECCIÓN 6 INSTRUCCIONES PARA EL PAGO	
Por medio del presente documento, autorizo a Community Health Choice a realizar el pago directamente al profesional de atención médica que figura en las facturas adjuntas.	
FIRMA DEL SUSCRIPTOR X	FECHA MM DD AAAA

<p>IMPORTANTE: Si el profesional de atención médica tiene un contrato con nosotros, Community siempre pagará directamente a dicho profesional, incluso si esta sección se deje sin firmar. Pagaremos al profesional de atención médica de acuerdo con las tasas acordadas. Si usted ya le ha pagado al profesional de atención médica los servicios recibidos, debe pedirle que le devuelva su dinero.</p>	
<p>NOTA: Community puede divulgar la información de este formulario a otras personas y entidades. Podemos hacerlo con el fin de procesar la reclamación o administrar el plan de salud.</p>	