

Formulario de reclamación médica para miembros



Consulte el dorso antes de presentar su reclamación.

Sección 1: Información del miembro

Apellido del miembro	Nombre	Inicial del segundo nombre	
N.º de identificación de miembro — Es obligatorio para el procesamiento de su reclamación.		Número de grupo	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 2: Información del paciente

Apellido del paciente	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)	Relación con el suscriptor <input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	

Sección 3: Diagnóstico

¿Cuál es la enfermedad o lesión?	Si es un accidente, indique la fecha: →	Fecha del accidente (MMDDAAAA)
----------------------------------	---	-----------------------------------

Sección 4: En relación con el trabajo.

¿Se trata de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente.			
Nombre del empleador			
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 5: Otro seguro médico grupal

¿El paciente tiene cobertura actual de otro plan médico grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente.				
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Otro nombre de compañía de seguro	Número de identificación de la póliza	Número de grupo

Sección 6: Medicare

¿Este paciente tiene cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta "sí", indique el número de reclamación de seguro médico de Medicare del paciente: _____	
<input type="checkbox"/> Parte A — Fecha de entrada en vigencia: _____ (MMDDAAAA)	
<input type="checkbox"/> Parte B — Fecha de entrada en vigencia: _____ (MMDDAAAA)	
<input type="checkbox"/> Parte D — Fecha de entrada en vigencia: _____	
Nombre de la compañía de seguros/prestador de la Parte D: _____	

Sección 7: Autorización y firma(s) — Requerido.

El paciente debe firmar el formulario de reclamación a fin de autorizar la divulgación de información a favor de Anthem o de su persona designada, según se describe a continuación. Si el paciente es menor de edad, la firma debe ser la del padre, la madre o el tutor legal del paciente. Autorizo a cualquier proveedor de cuidados médicos, pagador de reclamaciones médicas o agencia gubernamental para que le proporcionen a Anthem o a su persona designada todos los registros relacionadas con los antecedentes médicos, los servicios prestados y los pagos realizados en relación con mi atención o la de mis dependientes para la revisión y evaluación de cualquier reclamación o servicio. Autorizo a Anthem o a sus personas designadas a divulgar esta información a otro pagador o autoaseguradora. Si mi cobertura se brinda en virtud de un contrato grupal a cargo de un empleador, asociación, fondos fiduciarios, sindicato o entidad similar, esta autorización también permite la divulgación a ellos a los fines de la revisión de utilización o auditoría financiera. Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente, y mantendrá su vigencia hasta el momento posterior a los seis años tras la terminación de la cobertura, o la última determinación o el pago por parte de Anthem sobre una reclamación o un servicio en virtud de la cobertura. Esta autorización será vinculante para mí, para mis dependientes, mis herederos, albaceas o administradores.

Certifico que las declaraciones anteriores están completas a mi leal saber y entender, y que en este momento reclamo solo los beneficios correspondientes a los cargos incurridos por el paciente mencionado más arriba.

Declaración importante sobre advertencias de fraude: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información con respecto a cualquier hecho sustancial pertinente comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito, y también estará sujeta a una multa civil que no excederá los **cinco mil dólares** ni el valor declarado de la reclamación para cada infracción.

Firma del paciente o representante autorizado X	Fecha (MMDDAAAA)
Firma del miembro X	Fecha (MMDDAAAA)

Cómo solicitar los beneficios

Utilice este formulario para presentar una reclamación cuando su médico no presente la reclamación en su nombre. Debe enviar este formulario de reclamación completo lo antes posible después de haber recibido los servicios de atención médica. Verifique su certificado de cobertura para consultar los plazos específicos para presentar la reclamación.

Paso 1: Complete **todos** los campos del *Formulario de reclamación* antes de devolvernos la reclamación. Si se prevé que más de un miembro de la familia reclame los beneficios, se deberá presentar un formulario de reclamación independiente por cada miembro.

Paso 2: Incluya la factura detallada que su médico le entregó. La factura debe incluir lo siguiente:

- Nombre, dirección y número de identificación fiscal del proveedor (médico, hospital, laboratorio, servicio de ambulancia, etc.)
- Nombre del paciente
- Servicio prestado
- Fecha de servicio
- Lugar de servicio
- Monto cobrado por cada servicio
- Código de diagnóstico
- Código de procedimiento

Los cheques cancelados, los recibos de caja registradora y las declaraciones de "saldo adeudado" no detallados no se pueden procesar.

Paso 3: Firme e indique la fecha en el formulario de reclamación.

Paso 4: Vuelva a verificar **toda** la información y presente este formulario junto con la copia de su factura detallada en:

Anthem Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 1407
Church Street Station
New York, New York 10008-1407

¿Tiene alguna duda o necesita ayuda? Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.

También puede utilizar el formulario seguro de servicio al cliente que se encuentra disponible en línea en anthem.com.