

MEDICAL CLAIM FORM

Correo de forma complete y detallado Bill(s) para:
Claims Department
P.O. Box 660303
Dallas, TX 75266-0303



Formulario De Reclamo

INFORMACION DEL/LA EMPLEADO/A	Nombre del Empleador:		Grupo #:
	Nombre del/la Empleado/a:		Numero de Seguro Social:
	Fecha de nacimiento: Mes ___ Dia ___ Año ___	Sexo: Masculino ___ Femenino ___	Estado Civil: Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ Casado/a ___
	Direccion del Domicilio		
	Ciudad:	Estado:	Código Postal: Telefono:
	Nombre de/la Esposo/a: _____ Fecha De Nacimiento: Mes _____ Dia _____ Año _____ Numero de Seguro Social: _____ Nombre del Empleador: _____ Telefono: _____ Direccion de Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____		
INFORMACION DE/LA PACIENTE	Nombre del/la Paciente: _____ Direccion de/la Paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ RelatioFecha de Nacimiento Del/la Paciente: _____ Estado Civil: Solterol/a ___ Devorciado/a ___ Casado/a ___ Viudo/a ___ Si el/la paciente es un hijo/a de 19 años o mas, esta este/a inscrito/a como estudiante a tiempo completo en un Colegio o? Si ___ No ___ Si la respuesta es "Si", de la informacion completa: • Colegio o Universidad: _____ • Direccion: _____ • Numero de telefono: (____) _____ Describe la condicion o enfermedad, en caso de accidente, declare donde, como, y la fecha en que ocurrio' _____ _____		
	OTRA COBERTURA MEDICA DE GRUPO (Esta seccion debe ser completada.) 1. Tiene el/la paciente derecho a beneficios bajo cualquier otro plan medico de grupo? Si ___ No ___ 2. Si la respuesta a la pregunta anterior es "Si" por favor suministre: a) Nombre y direccion de la organizacion que provee la cobertura: _____ b) Numero de Poliza/Grupo: _____ c) Nombre y direccion del lugar donde se procesan los reclamos: _____		
COORDINACION DE BENEFICIOS	ASIGNACION DE LOS BENEFICION Por medio de la presente autorizo pago dirctamente _____ de los beneficios medicos debidos bajo esta Beneficiario de la Asignacion poliza de grupo, sin exceder los montos sometidos a los cuales tengo derecho. Comprendo que soy financieramente responsable por montos no cubiertos por esta autorizacion. Esta asignacion es valida solo para el/los gasto/s que acompanan este formulario y solo para el Beneficiariion indicado de la Asignacion. Firma de/la Empleado/a: _____ Fecha: _____		
PAGO DE BENEFICIOS	A SER COMPLETADO POR EL/LA PACIENTE – AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACIONES Yo AUTORIZO la divulgacion de informaciones pertinentes acerca de mi con el proposito de evaluar y administrar mi reclamo. Yo AUTORIZO los siguientes a divulgar tales informaciones: cualquier medico, profesional medico, hospital, clinica, otras instalaciones medicas o relacionadas a la medicina, compania de seguros o de reaseguranza, agencia de informes acerca del consumidor, servicio medico o de hospital, pain de salud pre-pagado, empleador, poseedor de seguro de grupo, poseedor de contrato o administrador de plan de beneficios. Pueden divulgar tales informaciones a Memorial Hermann Health Insurance Company sus reaseguradores, agencia de informes acerca del consumidor, abogado, agente o administrador independiente de reclamos que este actuando por y en nombre. Yo COMPRENDO que informaciones pertinentes para propósitos de reclamos incluyen informaciones relacionadas al empleo e informaciones acerca de los cuidados, asesoria, diagnosis, y tratamiento medicos, equipos medicos proveidos, enfermedad mental, y uso de drogas o alcohol. Yo COMPRENDO que Memorial Hermann Health Insurance Company no divulgara estas informaciones CON EXCEPCION de companies de reaseguranza, a otras personas u organizaciones que realizan servicios de negocios o legales con relacion a mi reclamo, o como de otra manera lo requiere o lo permite la ley. Yo Se que puedo recibir una copia de esta Autorizacion a peticion mia. Yo ESTOY DE ACUERDO que una copia fotografica de esta Autorizacion sera tan valida como el original. Yo ESTOY DE ACUERDO que esta Autorizacion sera vilida como sigue: a) Para reclamos de Beneficios de Seguro de Salud, por el periodo mas conto ya sea de un año a partir de la fecha indicada aqui abajo o de la duracion de la cobertura de esta poliza, o b) Para todos los otros reclamos, por el periodo mas corto ya sea de un año a partir de la fecha indicada aqui abajo o de la duracion del reclamo. YO GARANTIZO que las informaciones suministradas en este formulario de reclamo son exactas y completas y que es ilegal de suministrar informaciones falsas o que se puedan malinterpretar. Firme aqui: _____ Fecha: _____ Firma del/la Empleado/a		
AUTORIZACION	Firma del/la Paciente – si no es menor de edad: _____ Fecha: _____		