

Formulario de reclamación médica



Utiliza un formulario de reclamación por separado para cada paciente y proveedor. Tu cooperación para completar todos los puntos del formulario de reclamación y adjuntar toda la documentación requerida ayudará a acelerar el procesamiento de manera rápida y precisa. **Consulta el dorso para obtener instrucciones completas.**

Sección 1: Información del paciente

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
¿El paciente tiene otra cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el suscriptor <input type="checkbox"/> Él/ella mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre de la otra compañía de seguro médico	Número de grupo	Nombre del empleador		Número de póliza

Sección 2: Información del suscriptor (figura en la tarjeta de identificación de Anthem Blue Cross)

Número de identificación (incluir prefijo)		Número de grupo		
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Domicilio	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de casa	Número de teléfono del trabajo			Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Sección 3: Información médica

Servicios médicos: Utiliza esta sección para informar cualquier servicio de salud CUBIERTO que el proveedor de servicio (el médico, la clínica, la compañía de ambulancias, el personal de enfermería privado, etc.) no haya informado aún a este plan de Anthem Blue Cross. **Adjunta la factura detallada o fotocopia.** Asegúrate de no enviar facturas duplicadas.

¿Dónde se prestó el servicio? Consultorio médico Paciente ambulatorio Paciente hospitalizado Ambulancia
 Proveedor de equipo médico Farmacia Laboratorio Otro

¿Este gasto médico fue el resultado de un accidente? Sí No

¿Esta condición o lesión estuvo relacionada con el trabajo? Sí No

¿Presentaste la solicitud de una compensación para trabajadores? .. Sí No

¿Cuándo ocurrió esta lesión o accidente? [] (MMDDAAAA)

Fecha de servicio (MMDDAAAA)	Código de diagnóstico	Código de procedimiento	Identificación fiscal	Monto
[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]
Total				\$

Las facturas deben estar detalladas

Los cheques cancelados, los recibos de caja registradora y las declaraciones de "saldo adeudado" no detallados no se pueden procesar. Cada factura detallada debe incluir lo siguiente:

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

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en este *formulario de reclamación médica* es verdadera y correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación.

Firma X	Nombre en letra de imprenta	Fecha (MMDDAAAA)
-------------------	-----------------------------	------------------

Cómo usar este formulario

Estimado/a miembro:

Por lo general, todos los proveedores de cuidado médico nos facturarán los servicios para ti y tus dependientes inscritos. Este es el procedimiento preferido. No te molestamos con formularios de reclamación y, con frecuencia, necesitamos más detalles de los que normalmente se brindan en las facturas a los pacientes.

A veces, es posible que un médico o una compañía de ambulancias no nos facture a nosotros, por ejemplo, y te envíen la factura directamente a ti. En cualquiera de los casos, no tenemos forma de saber acerca de tu reclamación. Este *formulario de reclamación médica* fue desarrollado para avisarnos sobre cualquier servicio de salud cubierto por el cual aún no se nos haya facturado. Lee las siguientes instrucciones sobre cómo informar los servicios médicos.

Nos complace brindarte atención.

Sección 1: Información del paciente

Utiliza esta sección para identificar al paciente.

Sección 2: Información del suscriptor (figura en la tarjeta de identificación de Anthem)

Utiliza esta sección para identificar al suscriptor. Parte de esta información se puede encontrar en tu tarjeta de Anthem Blue Cross.

Sección 3: Información médica

Servicios médicos: Utiliza esta sección para informar cualquier servicio de salud CUBIERTO que el proveedor de servicio (el médico, la clínica, la compañía de ambulancias, el personal de enfermería privado, etc.) no haya informado aún a este plan de Anthem Blue Cross. **Adjunta la factura detallada o fotocopia.** Asegúrate de no enviar facturas duplicadas.

Instrucciones para el formulario de reclamación médica:

Envía las reclamaciones a la siguiente dirección:

Anthem Blue Cross

P.O. Box 60007

Los Angeles, CA 90060-0007

Si tienes preguntas o necesitas ayuda, llama al número que figura en tu tarjeta de identificación del miembro.

Para tu protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para presentar una reclamación de pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.