

# Formulario de reembolso médico

Utilice un formulario de reembolso distinto para cada paciente y proveedor. Su colaboración al completar todos los puntos del formulario de reembolso y al adjuntar toda la documentación requerida contribuirá a agilizar una tramitación rápida y precisa. CONSULTAR LAS INSTRUCCIONES COMPLETAS EN EL



REVERSO.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	
¿Tiene el paciente otra cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el suscriptor <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Nombre de otra empresa de seguros de salud	Grupo no.	Nombre del empleador	Oficina No.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (en la tarjeta de identificación de Anthem Blue Cross y de Blue Shield)			
Número de identificación.	Grupo no.		
Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre.	
Dirección (por favor incluir el número de departamento)			Estado Código postal
Número de teléfono fijo	Número de teléfono del trabajo	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN MÉDICA			
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA: Utilice esta sección para reportar cualquier servicio de salud CUBIERTO que no haya sido reportado ya a este proveedor del servicio del plan de Anthem Blue Cross and Blue Shield (el médico, la clínica, la empresa de ambulancias, la enfermera privada, etc.) Adjuntar la factura detallada o fotocopia. Asegúrese de no enviar facturas duplicadas.			
¿Dónde se prestó el servicio?	<input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Paciente internado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Proveedor de equipos médicos <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Otros		
¿Este gasto médico fue consecuencia de un accidente?			Sí No
¿Tuvo la lesión relación con el trabajo?			Sí No
¿Ha solicitado la indemnización por accidente laboral?			Sí No
¿Cuándo ocurrió esta lesión o accidente? (DD/MM/AAAA)			

Fecha de servicio	Código de diagnóstico	Código de procedimiento	Identificación del impuesto	Importe
			Total	\$0.00

**LAS FACTURAS DEBEN ESTAR DETALLADAS**

Los cheques anulados, los recibos de caja y los extractos de "saldo pendiente" no contabilizados no pueden procesarse. Cada factura detallada debe incluir:

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

Certifico que, a mi leal saber y entender, los datos que figuran en el presente formulario de solicitud de reembolso médico son ciertos y correctos. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reembolso.

Firma <b>X</b>	Nombre en letra imprenta	Fecha (DD/MM/AAAA)
-------------------	--------------------------	--------------------

## CÓMO UTILIZAR ESTE FORMULARIO

Querido socio:

Por lo general, todos los proveedores de asistencia médica nos facturarán los servicios que le prestaron a usted y a las personas que están a su cargo que estén afiliadas. Este es el procedimiento válido. No se le solicitan formularios de reembolso y a menudo necesitamos más detalles de los que se facilitan normalmente en las facturas a los pacientes.

A veces, es posible que un médico o una empresa de ambulancias no nos facture a nosotros; por ejemplo, pueden enviarle la factura directamente a usted. En cualquier caso, no tenemos forma de calcular su reembolso. El presente formulario de solicitud de reembolso de gastos médicos se ha elaborado para notificarnos cualquier servicio médico cubierto que aún no se nos haya facturado. Lea las siguientes instrucciones sobre cómo informar los servicios de atención médica.

Estamos encantados de atenderlo.

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Utilizar esta sección para identificar al paciente.

### SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (en la tarjeta de identificación de Anthem Blue Cross y de Blue Shield)

Utilizar esta sección para identificar al suscriptor. Parte de esta información puede encontrarse en su tarjeta Anthem Blue Cross and Blue Shield.

### SECCIÓN 3: INFORMACIÓN MÉDICA

**SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA:** Utilizar esta sección para reportar cualquier servicio de salud CUBIERTO que no haya sido reportado ya a este proveedor del servicio del plan de Anthem Blue Cross and Blue Shield (el médico, la clínica, la empresa de ambulancias, la enfermera privada, etc.) Adjuntar la factura detallada o fotocopia. Asegúrese de no enviar facturas duplicadas.

***Si tiene preguntas o si necesita ayuda, comuníquese al número que figura en su tarjeta de identificación de socio.***

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de: En Indiana: Anthem Insurance Companies, Inc. en Kentucky: Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. En Missouri (se excluyen 30 condados en el área de Kansas City): Right CHOICE® Managed Care, Inc. (RIT), Healthy Alliance\* Life Insurance Company (HAUC) y HMO Missouri, Inc. RIT y ciertos afiliados administran beneficios no HMO asegurados por HALI Can y beneficios HMO asegurados por HMO Missouri, Inc. RIT y ciertos afiliados solo brindan servicios administrativos para planes autofinanciados y no suscriben beneficios. En Ohio: Community Insurance Company. En Wisconsin: Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWi), que suscribe o administra las políticas PRO y de indemnización; CompCare Health Services Insurance Corporation (CompCare), que suscribe o administra las pólizas HMO; y CompCare y BCBSW colectivamente, que suscriben o administran las políticas de POS. licenciatarios independientes de la Blue Cross and Blue Shield Association.

\* ANTH EM es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.