

Formulario de reclamos médicos para miembros

Consulte el dorso del documento antes de presentar el reclamo.



Sección 1: Información del miembro

Apellido del miembro	Nombre	Inicial del segundo nombre	
N.º de identificación del miembro. Información obligatoria para procesar su reclamo.		N.º de grupo	
Dirección	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 (MM/DD/AAAA)	Relación con quien suscribe <input type="checkbox"/> Quien suscribe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	

Sección 3: Diagnóstico

¿Cuál es la lesión o enfermedad?	Si tuvo un accidente, indique la fecha: →	Fecha del accidente (MM/DD/AAAA)
----------------------------------	---	----------------------------------

Sección 4: Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo

¿Esta lesión o enfermedad se relaciona con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, complete lo siguiente:			
Nombre del empleador			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 5: Otro seguro médico grupal

¿Tiene el paciente cobertura de otro plan de salud grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, complete lo siguiente:				
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Nombre de la otra compañía de seguros	N.º de identificación de la póliza	N.º de grupo

Sección 6: Medicare

¿Tiene el paciente cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el número de reclamo de seguro médico de Medicare del paciente: _____	
<input type="checkbox"/> Parte A, fecha de entrada en vigor: (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Parte B, fecha de entrada en vigor: (MM/DD/AAAA)
<input type="checkbox"/> Parte D, fecha de entrada en vigor: Parte D, nombre del proveedor o compañía de seguros: _____	

Sección 7: Reembolso / Pago

¿Quién debe recibir el reembolso/pago? (Si el paciente pagó de su propio bolsillo en el momento de la visita, seleccione Miembro.) <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Proveedor
--

Sección 8: Autorización y firmas (sección obligatoria)

El paciente debe firmar el formulario de reclamo para autorizar la revelación de información a WebTPA o a quien se designe, como se describe a continuación. Si el paciente es menor de edad, deberá firmar el padre, la madre o el tutor legal. Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, entidad encargada de los pagos de reclamos médicos o entidad gubernamental a entregar a WebTPA o a quien se designe todos los registros relacionados con mi historial médico, los servicios prestados y los pagos relacionados con mi atención médica o la de mis dependientes para la revisión y evaluación de cualquier reclamo o servicio. Autorizo a WebTPA o a quien se designe a revelar dicha información a otra entidad encargada de los pagos o asegurador propio. Si mi cobertura forma parte de un contrato grupal de un empleador, asociación, fondo fiduciario, sindicato o entidad similar, la presente autorización también permite la revelación de información a dichas entidades para fines de revisión de uso o auditoría financiera. La presente autorización entrará en vigor de inmediato y será válida hasta el último de los siguientes plazos: seis años después de la finalización de la cobertura o la última determinación o pago de WebTPA por un reclamo o servicio cubierto. La presente autorización será vinculante para mí, mis dependientes, mis herederos y mis albaceas o administradores.

Certifico que las declaraciones anteriores están completas y son correctas a mi leal saber y entender, y que reclamo beneficios únicamente por los cargos correspondientes a la persona identificada arriba como paciente.

Aviso importante sobre fraude: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte información relevante con el fin de inducir algún error respecto de un hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguros, lo que constituye un delito y podrá dar lugar a una sanción civil de hasta **cinco mil dólares** más el valor declarado del reclamo por cada infracción.

Firma del paciente o representante autorizado X	Fecha (MM/DD/AAAA)
Firma del miembro X	Fecha (MM/DD/AAAA)

Cómo solicitar beneficios

Use este formulario para presentar un reclamo cuando su médico no lo haga por usted. Debe enviar este formulario de reclamo completo lo antes posible después de recibir atención médica. Consulte su certificado de cobertura para conocer los plazos específicos para presentar el reclamo.

Paso 1: Complete **todas** las secciones del *Formulario de reclamo* antes de enviárnoslo. Si reclama beneficios para más de un miembro de la familia, deberá presentar un formulario de reclamo por separado para cada miembro.

Paso 2: Incluya la factura detallada que le dio su médico. Esta 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 del servicio
- Lugar del servicio
- Monto facturado por cada servicio
- Código de diagnóstico
- Código de procedimiento

Los cheques cancelados, los recibos de caja y los estados de cuenta no detallados con “saldo adeudado” no se pueden procesar.

Paso 3: Firme y feche el formulario de reclamo.

Paso 4: Revise atentamente **toda** la información y envíe el formulario junto con una copia de su factura detallada a:

WebTPA
P.O. Box 99906
Grapevine, Texas 76099-9706

¿Tiene alguna pregunta o necesita ayuda? Llame al número de servicios para miembros que aparece en su tarjeta de identificación.