



Formulario de Reclamación Médica

Para que es este formulario?

Utilice este formulario de Reclamación de Compass Health Administrators para solicitar reembolso por cuidados elegibles que usted que ya haya recibido.



Sabia Usted?

Si acude a un proveedor dentro de la red, recibirá una mejor prestación. Esto puede ser especialmente conveniente cuando se reciben servicios continuos, como fisioterapia o equipos médicos duraderos.

Como presentar una reclamacion:

- Complete todos los espacios de este formulario.
- Haga una copia de este formulario, de los datos de la solicitud y de los recibos para su referencia.
- Envíe la reclamación tan pronto como pueda tras la prestación de los servicios. La mayoría de los planes exigen que los servicios se presenten dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que los recibió.
- Compruebe que su número de identificación de asegurado y los datos del proveedor o instalación estén claros y completos en la solicitud de reembolso y en los recibos. Esto nos ayudará a tramitar su reclamación con rapidez.
- Incluya una factura detallada de los servicios prestados por su proveedor. Suele estar separada del recibo de pago. Los datos del proveedor deben incluir los códigos de procedimiento y diagnóstico de los servicios recibidos, los montos cobrados por cada servicio, el número TIN o NPI del proveedor y sus domicilios de facturación y servicio.
- Envíe el formulario con los datos de la reclamación y los recibos a la dirección que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del plan médico.

Qué pasara continuación?

Después de procesar su reclamación, recibirá una explicación de beneficios (EOB). La EOB que le enviemos le explicará cómo se tramitó la reclamación, incluidos los detalles sobre cualquier cargo aplicado a su deducible (cantidad que paga por los servicios cubiertos antes de que su plan empiece a pagar) y cualquier cantidad que pueda deber al proveedor. Guarde su EOB en sus registros por si la necesita en el futuro. También puede acceder a la información de su reclamación en nuestro sitio web www.vch-compass.com.

INFORMACIÓN SOBRE EMPLEADOS/ SUSCRIPTORES

Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial de segundo nombre) ID de asegurado / N° de grupo. SSN del empleado

Domicilio del empleado (calle, ciudad, estado, código postal)

Fecha de Nacimiento
/ /

Número de teléfono del empleado
() -

Género
 Masculino
 Femenino

Nombre y domicilio del empleador

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Si es diferente del empleado/suscriptor)

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) ID de asegurado / N° de grupo. Fecha de Nacimiento
/ /

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono del empleado
() -

Género
 Masculino
 Femenino

Parentesco con el empleado/suscriptor
 Cónyuge/pareja Hijo/a Otro

Su depende está empleado? En caso afirmativo, nombre del empleador del dependiente
 Si No

INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

Está cubierto el paciente por otro seguro? Si No (En caso afirmativo, indique la siguiente información)

Nombre de la persona que tiene otra cobertura (apellidos, nombre) Fecha de Nacimiento
/ /

Nombre de otro seguro Número de póliza/grupo Nombre del empleador

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor número de registro de impuestos (TIN) del proveedor

Domicilio del proveedor:

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES

FECHA DEL ACCIDENTE TIPO DE ACCIDENTE Trabajo Auto Otro

Describa brevemente cómo ocurrió el accidente.

Marque aquí si desea que Compass Health Administrators reembolse los beneficios directamente al médico/proveedor (sólo aplica a proveedores no contratados).

Al firmar a continuación, declaro que la información anterior es correcta. Toda persona que conscientemente presente una reclamación que contenga cualquier declaración o cualquier información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un acto penal castigado por la ley y puede estar sujeto a penalizaciones criminales.

Firma: _____

Fecha: _____