

Formulario de reclamación y autorización

Instrucciones para presentar una reclamación

Para que este formulario sea una prueba de reclamación válida, debe adjuntar los documentos originales y asegurarse de que pueda leerse la documentación, que se indique el nombre del paciente, la fecha del servicio, el diagnóstico, el procedimiento o el tipo de servicio junto con los gastos detallados. La falta de presentación de un formulario preciso y completa ocasionará demoras en el procesamiento. El asegurado tiene un período de tiempo limitado para presentar una prueba de reclamación completa e IMG, según su criterio, puede negar la cobertura por causa de la presentación posterior de la prueba de reclamación, por prueba de reclamación incompleta o por falta de presentación de una prueba de reclamación.

► **Enviar por correo a:** **International Medical Group, Inc. Claims, P.O. Box 240429, Apple Valley, MN 55124 USA, Teléfono: +1.800.628.4664 o fuera de EE.UU. +1.317.655.4500**
O por correo electrónico a: insurance@imglobal.com

*Los paquetes con servicio de entrega de un día para el otro deben enviarse a:
 International Medical Group, Inc. Claims, P.O. Box 240429, Apple Valley, MN 55124 USA

PARTE A. Para ser completado por el reclamante en todas las reclamaciones			
Nombre del reclamante/paciente: (como aparece en la tarjeta de identificación)		Número de pasaporte/visa:	
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	
Relación del reclamante con el asegurado principal: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyugue <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro			
Nombre del asegurado principal: (como aparece en la tarjeta de identificación)		N.º de identificación del asegurado:	
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	
Dirección en el país de origen:			
Dirección actual:		Ciudad:	
Estado:	Código Postal:	Teléfono particular:	Teléfono laboral:
Las comunicaciones deben enviarse por correo electrónico a:			
¿Asiste a la escuela a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		N.º de grupo:	
Si la respuesta es sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la escuela:			
¿Cuántos meses del año vive en los EE. UU.?			
Información del beneficiario alternativo			
Nombre:			
Dirección:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País:
Correo electrónico:			
Si el reclamante posee otra cobertura o podría poseerla, complete los datos a continuación:			
Nombre del asegurado principal: (como aparece en la tarjeta de identificación)		Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	
Dirección postal del asegurado:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre de la otra aseguradora:	N.º de identificación de la otra cobertura:		
Tipo de la otra cobertura:	Número de teléfono de la aseguradora:		
Dirección de la aseguradora:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre del empleador:	Número de teléfono del empleador		
Dirección del empleador:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

PARTE B. Para ser completado por el reclamante para cada nueva condición, lesión o enfermedad (si necesita espacio adicional, adjunte una hoja por separado)

1. ¿Cuándo apareció el primer síntoma de esta condición? Indique la fecha exacta de ser posible. (mes/día/año)
2. ¿Cómo comenzó la afección? Indique en forma completa todos los síntomas y describa la afección detalladamente luego de la aparición.
En el caso de los accidentes, incluya los detalles pertinentes, por ejemplo, cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente.
3. ¿Recibió alguna vez tratamiento para este tipo de afección anteriormente? Yes No
4. Enumere todos los nombres y las direcciones de los proveedores a los que ha acudido para esta afección.
5. ¿Qué enfermedades, dolencias, afección, lesiones u otros trastornos o malestares físicos, médicos, mentales o nerviosos ha experimentado durante los últimos cinco años?
Proporcione el nombre o la descripción de cada afección, las fechas de tratamiento, y el nombre y la dirección del centro o de los médicos especialistas.
6. ¿Es esta afección el resultado de un accidente, una lesión o una enfermedad:
 - a. relacionada con el trabajo? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿está solicitando indemnización por accidente laboral? Sí No
 - b. que involucra un vehículo automotor o las acciones de otra persona? Sí No
Si la respuesta es sí, proporcione los nombres de las partes involucradas, las compañías aseguradoras y los números de póliza.
 - c. ¿Se presentó un informe ante algún organismo gubernamental o de investigación? Sí No
Si la respuesta es sí, indique el departamento y la dirección donde se presentó.



PARTE C. Complete para todos los tratamientos recibidos fuera de los Estados Unidos

<i>Fecha de servicio (mes/día/año)</i>	Proveedor	¿Qué tipo de servicio o nombre de fármaco se proporcionó?	¿Cuál fue la enfermedad/lesión?	Ciudad/país	Tipo de moneda pagada o facturada	Gasto total pagado o facturado	Conversión a dinero estadounidense	Uso oficial únicamente

PARTE D. DATOS DEL PAGO

Realizar pago al proveedor

<input type="checkbox"/> Realizar pago al asegurado principal	Método de reembolso	<input type="checkbox"/> Cheque en dólares de los EE. UU.	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria o automatizada (ACH) (complete a continuación)
<input type="checkbox"/> Realizar pago al beneficiario alternativo	Método de reembolso	<input type="checkbox"/> Cheque en dólares de los EE. UU.	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria o automatizada (ACH) (complete a continuación)

Nombre del titular de la cuenta:

Nombre del banco:

Dirección del banco:	Ciudad:	País
Moneda del reembolso:	Número bancario ABA de 9 dígitos - Bancos de los EE. UU.:	
Código SWIFT bancario de 8 u 11 dígitos - Bancos fuera de los EE. UU.:		
Código de entidad (SORT):	Número de cuenta bancaria:	
Número de cuenta bancaria internacional (IBAN):		

Datos del banco intermediario (Si corresponde)

Nombre del banco intermediario:

Código SWIFT del banco intermediario:	Número de cuenta del banco intermediario:
---------------------------------------	---

PARTE E. Autorización - para ser completado por el reclamante en todas las reclamaciones

He comprobado que toda la información incluida en este formulario es verdadera, correcta y completa de acuerdo con mis conocimientos. Autorizo a cualquier plan de salud; proveedor de atención médica; profesional de atención médica; MIB; organismo gubernamental federal, estatal o local; compañía aseguradora o reaseguradora; agencia de verificación de crédito; empleador; plan de beneficios; o cualquier otra persona u organización que tenga en su poder cualquier registro o conocimiento sobre mi salud; cualquier información disponible sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico en relación con cualquier afección o tratamiento físico o mental sobre mí; y cualquier información no médica sobre mí, a divulgar mi historia clínica completa, archivos, antecedentes, medicamentos y cualquier otra información relacionada conmigo, y a compartir cualquier parte o la totalidad de dicha información a mi agente de registro y representantes autorizados de la empresa, IMG, y sus filiales y subsidiarias. Las personas tienen derecho a negarse a firmar la autorización sin que eso tenga consecuencias negativas para la inscripción en el plan o tratamiento, excepto que IMG no podrá administrar las reclamaciones, determinar la elegibilidad de beneficios ni emitir pagos. La autorización es válida durante el término del contrato de seguro o plan respecto del cual se presentó la reclamación.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a petición y a revocar la autorización en cualquier momento mediante comunicación escrita a IMG. Una copia de este documento tendrá la misma validez que el documento original. Reconozco y entiendo que existe la posibilidad de que la información esté sujeta a nueva divulgación por parte del beneficiario y que ya no cuente con la protección de las leyes de privacidad y confidencialidad correspondientes.

Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida de beneficios o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Nombre en letra de imprenta del asegurado: _____

Firma del asegurado/representante legal: _____ Fecha: _____ (mes/día/año)

AUTORIZACIÓN: Autorizo el pago de cualquier beneficio de gastos médicos elegibles al proveedor u otro prestador de servicios que tenga derecho a recibir el pago de las facturas adjuntas.

Firma del asegurado/representante legal: _____ Fecha: _____ (mes/día/año)

PARTE F. Formulario de autorización de privacidad y confidencialidad

Al completar este formulario usted brinda su autorización a IMG para analizar la información relacionada con su reclamación con las personas abajo mencionadas. Sin esta autorización escrita las leyes correspondientes no permiten a IMG analizar la información protegida bajo las leyes de confidencialidad y privacidad con nadie excepto con sus médicos o proveedores de servicios.

Autorizo a IMG a compartir mi reclamación con _____ Quien es _____

Esta autorización es válida por _____ meses desde la fecha de la firma (máximo de 12 meses).

Doy mi autorización a IMG para divulgar la siguiente información:

(Seleccione y escriba las iniciales)

_____ Información financiera y de la reclamación relacionada con el formulario de reclamación o facturas médicas.

_____ Nombre del proveedor, fecha del servicio, gasto total, monto total pagado y fecha del pago.

_____ Número de identificación del seguro o número de cuenta del paciente

Las leyes de privacidad y confidencialidad no permiten la divulgación o nueva divulgación de la historia clínica obtenida de un proveedor de atención médica. Su información médica y registros pueden obtenerse directamente de su proveedor de atención médica.

He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y autorizo a IMG a usar y divulgar mi información como lo indiqué anteriormente. También entiendo que firmo este formulario por voluntad propia. Entiendo que IMG no requiere que firme este formulario para poder recibir tratamiento, pago o inscripción, ni para ser elegible para los beneficios. Tengo derecho a retirar esta aprobación en cualquier momento proporcionando notificación escrita de mi revocación a IMG. Entiendo que mi revocación a esta autorización no afectará ninguna acción adoptada antes de mi revocación. También entiendo que la información que se haya divulgado puede ser compartida por la persona o el grupo que la reciba. Si eso sucede, es posible que ya no cuente con la protección de la Norma de Confidencialidad de la Ley de Portabilidad del Seguro Médico y Responsabilidad (HIPAA). Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Nombre en letra de imprenta del paciente: _____ Número de identificación del seguro: _____

Firma del paciente o del padre si el paciente es menor: _____

Fecha: _____ (mes/día/año)

Si este formulario está firmado por otra persona que no sea el paciente o el padre, como un representante personal, representante legal o tutor en representación del paciente, presente lo siguiente: una copia del formulario de representante de atención médica, poder notarial, orden judicial u otra documentación que demuestre custodia, u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en representación del paciente.