

# Formulario de Reclamación de Beneficios de Salud



Para ser completado por el afiliado o representante autorizado

## Instrucciones:

- Complete **TODA** la información solicitada a continuación. Requerimos la siguiente información para tomar una decisión:
  - Recibo o algún otro comprobante de su pago
  - Un estado de cuenta detallado de parte del proveedor de atención médica que muestre los servicios prestados con la(s) fecha(s) de dichos servicios
  - La siguiente información (si no está incluida en el estado de cuenta detallada del proveedor de atención médica): código(s) de ingresos, si corresponde; código(s) CPT y/o HCPCS si corresponde; código(s) de diagnóstico, si corresponde; y el lugar del tratamiento
- Un formulario completado no puede incluir información sobre varios miembros de la familia, sobre varios proveedores de atención médica o sobre varios accidentes/enfermedades. Utilice un formulario separado para cada miembro de la familia, cada proveedor y cada accidente o enfermedad.
- Adjunte las facturas detalladas **ORIGINALES**. Por favor, guarde una copia para sus archivos.
- ASIGNACIÓN:** Si desea que los beneficios se paguen directamente al médico o al proveedor del servicio, firme la casilla de Pago Directo que aparece a continuación (elemento 13 a continuación).  
(NOTA: Los beneficios por hospitalización se pagarán directamente al hospital.)
- Envíe por correo el formulario completado a la dirección que aparece en el reverso de su tarjeta de seguro.

1. Nombre del afiliado (Apellido)

(Primer nombre)

Inicial del segundo nombre

2. Número de tarjeta de identificación del afiliado

3. Número de grupo

H

4. Dirección residencial del afiliado

5. Nombre de grupo

6. Fecha de nacimiento del afiliado

7. Fecha de nacimiento de la persona autorizada

8. Nombre de la persona autorizada (Apellido)

(Primer nombre)

Inicial del segundo nombre

9. Relación de la persona autorizada con el afiliado

10. Servicio		Fecha(s)	Lugar de servicio* (de la lista a continuación)	¿Se brindó el servicio por medio de llamada de audio/video? Elija una	Código CPT/HCPCS (descripción del servicio)	Código(s) de diagnóstico	Cargo por unidad/día	Número de unidades/días	Cargo total
De	Hasta								
				SÍ	No				
				SÍ	No				
				SÍ	No				
				SÍ	No				
				SÍ	No				
				SÍ	No				

**\*Códigos de lugar de servicio** (dónde se encontraba usted cuando recibió el [los] servicio(s) indicado(s) arriba)

11 - Consultorio médico	32 - Hogar de ancianos
12 - Hogar del paciente	41 - Ambulancia terrestre
19 - Departamento ambulatorio del hospital (fuera del campus)	42 - Ambulancia aérea
20 - Atención urgente	51 - Hospitalización en un centro psiquiátrico
21 - Hospital de ingreso	55 - Centro residencial de tratamiento de abuso de sustancias
22 - Departamento ambulatorio del hospital (dentro del campus)	72 - Clínica de salud rural
23 - Sala de emergencias	81 - Laboratorio independiente
24 - Centro de cirugía ambulatoria	99 - Otro lugar
31 - Centro de enfermería especializada	

**11. Información sobre el proveedor de atención médica (centro, profesional u otro tipo de suministros)**

Nombre del profesional *(Utilice N/A si la reclamación **no** es por servicios brindados por un profesional.)*

Nombre del grupo si el profesional forma parte de un consultorio grupal  
*(Utilice N/A si la reclamación **no** es por servicios brindados por un profesional en un consultorio grupal.)*

Si la reclamación **no** es por servicios brindados por un profesional, indique el nombre del proveedor  
*(Utilice N/A si la reclamación **no** es por servicios brindados por un profesional.)*

Número de teléfono                      Número de identificación fiscal

Dirección (incluyendo el código postal)

**Divulgación de información**

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para proceder esta reclamación. Entiendo que, según lo permita la ley en la medida de los beneficios pagados según este reclamo el Plan adquiere todos los derechos de recuperación que yo pueda tener contra otras partes.

**12. Firma del afiliado o de la persona autorizada**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

**Complete la sección a continuación solo si el pago debe enviarse directamente al proveedor.**

Por la presente autorizo el pago directamente al proveedor de los servicios y entiendo que soy responsable financieramente de los cargos médicos, del hospital o de los doctores que no estén cubiertos por esta autorización.

**13. Firma del afiliado o de la persona autorizada**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

**Declaración Estatal de Advertencia de Fraude**

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho relevante de la misma, comete un acto fraudulento en materia de seguros, lo que constituye un delito.

**Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, cometer fraude o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

# Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907 (听障专线: 711)**。

繁體中文 Traditional Chinese: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI**.

GHHNOA2025CP

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

日本語 Japanese: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗដល់សមាជិកបាន។  
ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.  
**1-800-794-5907 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

Diné Navajo: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahji' bee adahodooníígií diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó lahgo át'éego bee hada'dilyaaígií bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohji' hodíilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।  
**1-800-794-5907 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன.  
**1-800-794-5907 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

Urdu: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **(TTY: 711) 1-800-794-5907**

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.