Allegiance℠ by Cigna Healthcare

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL

P.O. BOX 3018
Missoula, MT 59806-3018
406-721-2222
Fax 406-721-2252

1. Información del paciente **1A. Número de identificación**

1B. Nombre del paciente (Primer nombre, nombre intermedio, apellido)	**1C. Fecha de nacimiento del paciente** MM/DD/AA	**1D. Sexo del paciente** Femenino Masculino
1E. Nombre del participante (Nombre, segundo nombre, apellido)	**1F. Fecha de nacimiento del participante**	**1G. Relación del paciente con el participante** Indiv. Cónyuge Hijo/a

1H. Dirección postal actual del participante (Calle, ciudad, estado, y país o código postal)

2. Otro seguro de salud – ¿Está el paciente cubierto bajo otro seguro de salud, incluyendo Medicare A o B?
Sí No ***Si la respuesta es sí, llene las secciones 2A a 2K a continuación.***

2A. Nombre y dirección de la compañía aseguradora

2B. Tipo de póliza Familia Individual	**2C. Fecha de vigencia** MM/DD/AA	**2D. Fecha de terminación** MM/DD/AA	**2E. Número de póliza o de identificación de la otra cobertura**

2F. Tipo de cobertura: Médica: Sí____No_____ Dental: Sí No Vista: Sí No Medicamentos: Sí No	**2G. Nombre del participante**	**2H. Fecha de nacimiento** MM/DD/AA

2I. Empleador del participante	**2J. Situación de empleo** Empleado activo Empleado jubilado COBRA

2K. Si el paciente está cubierto bajo Medicare, llene lo siguiente: Parte A de Medicare: Sí__No_____ Fecha de vigencia:_____ Parte B de Medicare: Sí__No_____ Fecha de vigencia: _____

3. Diagnóstico **3A. Describa la enfermedad, lesión, o síntomas que requieren de tratamiento**	**3B. ¿El tratamiento del paciente fue debido a un accidente o enfermedad relacionada al trabajo?** **Sí**_____ **No**____

3C. Para llenar en el caso de cuidados relacionados a lesiones por accidente

Fecha del accidente_____Ubicación: En el hogar_____Automóvil_____Otro ____

Si el accidente fue causado por otra persona adjunte una declaración que describa el accidente.

4. Cargos - Utilice una línea separada para enumerar cada tipo de servicio o proveedor y adjunte cuentas detalladas para todos los servicios.

4A. Tipo de proveedor	4B. Nombre del proveedor que hace los cargos	4C. Descripción del servicio	4D. Fechas de servicio o compra	4E. Cargos

5. Firma – Verifico que lo anterior está completo y es correcto y que estoy reclamando beneficios sólo por los cargos incurridos por el paciente mencionado arriba. Por el presente se autoriza a cualquier proveedor de servicios que ha participado de alguna manera en los cuidados del paciente, a divulgar al Plan del participante toda información médica que consideren necesaria para resolver este reclamo.

Firma del participante o paciente_____**Fecha** _____

Instrucciones para llenar el Formulario de Reclamo Nacional e Internacional

Sírvase llenar todos los ítems en el formulario de reclamo. Si la información solicitada no se aplica al paciente, indique N/A (No aplicable). Se debe tomar un cuidado especial al llenar los siguientes ítems:

2. Otro seguro médico

Si el paciente cuenta con otra cobertura de seguro, sírvase llenar los ítems A a K de la forma más detallada posible. Es especialmente importante indicar el nombre y dirección de la otra compañía de seguros y la póliza o número de identificación de dicha cobertura, así como el nombre y la fecha de nacimiento de la persona que tiene dicha póliza.

Además, si el paciente es otra persona que no sea el suscriptor y ha recibido beneficios de otro plan de seguro de salud que tenga por motivos de ley o empleo, debe incluirse junto con el reclamo el Formulario de Explicación de Beneficios proporcionado por el otro asegurador correspondiente a estos cargos. Se acepta una fotocopia clara del Formulario de Explicación de Beneficios del otro asegurador en lugar del documento original.

4. Cargos

Sírvase enumerar aquí las cuentas que están siendo incluidas en este reclamo. Aunque también deben presentarse las cuentas detalladas, su listado nos permitirá procesar el reclamo de manera más rápida y precisa. Si se requiere de espacio adicional para listar los cargos, sírvase utilizar una hoja de papel separada para enumerar la información indicada a continuación.

4A. Tipo de proveedor – por ejemplo: hospital, enfermera, médico, clínica, terapeuta físico, etc.

4B. Nombre del proveedor – tal como se indica en la cuenta. Se pueden incluir múltiples cuentas del mismo proveedor en la misma línea siempre que sean por el mismo tipo de servicio.

4C. Descripción del servicio – por ejemplo: admisión al hospital, visita al consultorio, radiografía del tórax, niveles de lípidos, apendectomía, acupuntura, etc.)

4D. Fecha del servicio o compra - las fechas inclusivas pueden ser indicadas para las cuentas que contienen múltiples fechas de servicio.

4E. Cargo - las cuentas deben ser detalladas para mostrar un cargo separado para cada servicio. Si la cuenta ya fue pagada, debe indicar la fecha en que se pagó. Los cargos deben ser listados en la divisa de los Estados Unidos.

5. Firma – el formulario de Reclamo internacional debe ser firmado y fechado por el participante, cónyuge, o el paciente.

Información detallada de la cuenta

Debe adjuntarse la cuenta detallada original de cada proveedor y ésta debe incluir:

- El membrete que indique el nombre y dirección de la persona u organización que brinda el servicio
- El nombre completo del paciente que recibe el servicio
- La fecha de cada servicio
- Una descripción de cada servicio
- El cargo por cada servicio

Este formulario de reclamo debidamente llenado junto con las cuentas detalladas y la documentación de apoyo debe ser presentado a:

Allegiance Benefit Plan Management
P.O. Box 3018
Missoula, MT 59806-3018

Los reclamos que se presenten en idiomas o divisas extranjeras deben ser traducidos al inglés y convertidos a la moneda de los Estados Unidos de América.