WorldWide Medical Assurance, LTD

Lea las instrucciones descritas en su poliza antes de completar o firmar este formulario
Adjunte original de las cuentas cuando complete este formulario

Formulario de Reclamación de Seguro

Información del paciente y asegurado — Favor contestar todas las preguntas

1. Nombre del paciente (Nombre, 2do. nombre, apellido)

2. Fecha de nacimiento del paciente

3. Dirección del asegurado y No. de teléfono

4. Dirección del paciente y No. de teléfono

5. Sexo del paciente
Masculino ☐ ☐ Femenino

6. Relación del paciente con el asegurado
Usted ☐ Conyuge ☐ Hijo ☐ Otro ☐

7. No. de póliza del asegurado

8. Estaba esta condición relacionada con:
A. Enfermedad:
SI ☐ ☐ NO
B. Accidente:
SI ☐ ☐ NO

9. Fecha en que los síntomas aparecieron o fecha del accidente

10. Detalles del accidente o enfermedad

11. Firma del paciente o de la persona autorizada, autorizo suministrar cualquier información.
Los beneficios necesarios para procesar este reclamo.
Autorizo el pago de los beneficios médicos al médico proveedor descritos abajo

Fecha _____ Firmado (Asegurado o persona autorizada) _____

Información del médico o proveedor

12. Fecha de enfermedad (Primer síntoma) o lesión (Accidente) o embarazo (Fum)

13. Fecha en que por primera vez usted fue consultado por esta condición

14. ¿Ha tenido el paciente previamente el mismo síntoma o síntomas similares?
SI ☐ ☐ NO

15. Nombre del médico que lo refiere

16. Para servicios relacionados con la hospitalización, de las fechas de la hospitalización
Admitido | Dado de alta

17. Nombre y dirección del lugar donde se prestaron los servicios

18. Las pruebas de laboratorio se hicieron fuera de su consultorio? (Otro que no sea la casa o consultorio)
SI ☐ ☐ NO Honorarios

20. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión, relación el diagnóstico del procedimiento en la columna D con referencia a los números 1, 2, 3, etc. ó código DX

21. A Fecha del servicio	B* Lugar del Servicio	C Descripción completa de los procedimientos, servicios o asistencia médica suministrados en cada fecha indicada: Código del procedimiento (Indíquelos)	(Explique lso servicios o circunstancias no usuale)	D Código de Diganóstico	E Honorarios

22. Firma del médico o proveedor y sello

23. Total de los honorarios

24. Cantidad pagada

25. Saldo

26. Teléfono y dirección del médico o proveedor

27. No. de identificación o código de registro

28. Observaciones

29. No. de la cuenta de su paciente

* Ponga los códigos del servicios

1- (IH) - Paciente hospitalizado
2- (CH) - Paciente no hospitalizado
3- (O) - Consultorio médico
4- (H) Casa del paciente
5- Facilidad cuidado diurno
6- Facilidad cuidado nocturno
7- (NH) - Casa de convalicientes
8- (SNF) Facilidad enfermedades
9- Ambulancia
10- (OL) - Otro lugar
11- (LI) Laboratorio independiente
B- Otra facilidad médica / Quirúrgica