



# Formulario de reclamo del Plan de Beneficios Médicos

## INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DEL RECLAMO

1. Complete íntegramente este lado del formulario.
2. Envíe este formulario y cualquier otra factura a: **IMG P.O. Box 88506 Indianapolis, IN 46208** o, por fax, a **855-851-2971**.
3. Contáctese con esta oficina si tiene alguna pregunta al **855-851-2974** o **317-833-1711** o a **vistacare@imglobal.com**.

Para agilizar el procesamiento de su reclamo, indique el código de diagnóstico, el código de procedimiento y el N° de PIN del proveedor (si lo conoce) en el reclamo o en los recibos.

### PARA QUE COMPLETE EL SOCIO/PACIENTE

Responda todas las preguntas que correspondan.

Nombre: _____			Fecha de nacimiento: _____		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Mes	Día	Año
Dirección del banco: _____					
Calle		Ciudad		Estado	
				Código postal	
Identificación del socio de IMG : _____					
Si su domicilio ha cambiado, visite el portal de MyAmeriCorps en <a href="http://my.americorps.gov">my.americorps.gov</a> para actualizarla.					

¿Los beneficios o servicios hospitalarios, quirúrgicos o médicos se prestan en virtud de un plan grupal, individual, general, escolar, de franquicia o seguro de automóvil sin determinación de culpabilidad o conforme a algún programa estatal, federal u otro programa gubernamental o federal (es decir, Medicaid)?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre y el domicilio de la compañía de seguro u otra organización que brinde beneficios y el número de póliza que se encuentra en la siguiente línea.

<p>¿Tiene cobertura de un Seguro de Salud de la Seguridad Social (Medicare)?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Número de identificación: _____</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, indique su cobertura marcando los casilleros adecuados:          Hospitalario solamente (Part A)          Médico solamente (Part B)          Hospitalario y médico (Part A &amp; B)</p> <p>Fecha de entrada en vigencia: _____</p>	<p>¿Tiene cobertura de otro seguro de salud?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Número de identificación: _____</p> <p>Fecha de entrada en vigencia: _____</p>	<p>¿Tiene cobertura de una asistencia médica (Medicaid)?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Número de identificación: _____</p> <p>Fecha de entrada en vigencia: _____</p>
<p>¿El problema de salud tiene relación con alguno de los siguientes?:</p> <p>A. Empleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>B. Accidente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Fecha del accidente: _____</p>		

Describa la enfermedad, lesión o síntomas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de primera aparición de los síntomas: \_\_\_\_\_

Se certifica que la información precedente es verdadera y completa. Me comprometo a realizar un reembolso a mi plan de salud si este reclamo por enfermedad/lesión es indemnizable por Medicare-Medicaid, la Ley de Indemnización a los Trabajadores u otra ley similar, si los beneficios excluidos por las disposiciones del contrato se abonan, si ese reclamo es acordado o convenido o en caso de recuperación de un tercero.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del socio/paciente: \_\_\_\_\_

Permito a todo médico, farmacéutico, hospital u otro proveedor de atención médica, asegurador, organización prepaga u otro proveedor de un plan de salud que le entregue a mi plan de salud o a su representante toda la información médica relacionada con el paciente mencionado, lo que incluye información sobre salud física y mental, historia clínica y consumo de drogas y alcohol. Esta información se usará para evaluar los reclamos por beneficios. Esta autorización tendrá vigencia hasta que finalicen todos los asuntos relacionados con estos reclamos. Toda copia de la presente autorización será tan válida como su original. Entiendo que podría recibir una copia de la presente autorización si solicito una por escrito.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del socio/paciente: \_\_\_\_\_

**Cargos totales presentados en este formulario:** \$ \_\_\_\_\_ Emitir pago a:  Socio  Proveedor

**Solicitud de transferencia bancaria ACH:** Si desea que IMG use Direct Deposit para enviar un reembolso por reclamos médicos u otros costos médicos reembolsables abonados por usted como socio, indíquelo a continuación completando todos los detalles de la información bancaria y de la transferencia.

Nombre del socio: \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Número de identificación del banco: \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del banco: \_\_\_\_\_

Dirección del banco: \_\_\_\_\_

Por medio del presente, autorizo a International Medical Group, Inc. (IMG) a acreditar de forma electrónica el reembolso de los costos médicos aptos, según corresponda, conforme al programa de beneficios médicos de AmeriCorps VISTA. Entiendo que la presente autorización tendrá vigencia hasta que la revoque por escrito.

Firma del socio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Puede enviar el formulario completo a IMG por:

**Correo electrónico:** [vistacare@imglobal.com](mailto:vistacare@imglobal.com)

**Fax:** (855) 851-2971

**Correo postal:** IMG

P.O. Box 88506

Indianapolis, IN 46208

**Declaración de la Ley de Privacidad: Autoridades** – Esta declaración se requiere conforme al 42 U.S.C. 4955, Servicios de soporte; 42 U.S.C. 12618, Beneficios autorizados para miembros del Cuerpo; y 45 CFR § 2556.320 - ¿Cuáles beneficios se podrían recibir un miembro de VISTA mientras se participa en servicio de VISTA? **Propósitos** – Se requiere para administrar y evaluar a los programas de beneficios de cuidado de salud brindados a los Miembros de VISTA, NCCC, y FEMA Cuerpo. **Usos de Rutina** – Usos rutinarios de esta declaración puede incluir la divulgación a (1) proveedores de cuidado de salud y compañías de seguros para rendir servicios de cuidado de salud y coordinar a los pagos de aquéllos, (2) los contratistas para ayudar a llevar a cabo la administración de los beneficios de cuidado de salud, y (3) las agencias federales, estatales, o locales conforme a los pedidos autorizados por la ley. **Consecuencias de no divulgar** – Este requisito es voluntario, no obstante, si usted decide no proveer la información es probable que se afectará el rendimiento de los beneficios de cuidado de salud.

**Aviso de Comunicación Electrónica y Privacidad:** Favor de entregar estos documentos de manera segura, tal como por correo electrónico encriptado o por facsímil. Si decide entregar la información por correo electrónico no seguro, usted será responsable por interceptaciones ilegales o pérdida de datos que se efectúe debido a su decisión. Para proteger a sus datos personales, recomendamos que considere cualesquier opciones del envío de correo electrónico seguro o confidencial/encriptado ofrecidas por su proveedor de servicio de correo electrónico. También usted puede considerar el proteger de sus documentos por contraseña y enviar la contraseña por distinto correo electrónico.