



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 my.americorps.gov 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 & 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

Fax: (855) 851-2971

Correo postal: IMG

P.O. Box 88506

Indianapolis, IN 46208