

Instrucciones Para Establecer su Reclamación y Formulario



Por favor siga estas instrucciones antes de completar la información o establecer su reclamo. Asistencia está disponible en nuestro Departamento de Servicio al Cliente (en español) en los números listados abajo .

SI TODAVÍA NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO:

Pre-Certificación (notificación de enfermedad o accidente):

Debe llamar a IMG para pre-certificar las siguientes condiciones: cualquier tratamiento que requiera hospitalización; cualquier tipo de cirugía admitido o no admitido; TAC scan; resonancia magnética (MRI); notificación de embarazo en los primeros 90 días; cualquier admisión a un hospital durante las primeras 48 horas de haber sido admitido; servicio en cualquier clínica o centro de emergencia; servicio para asilo de ancianos; equipo durable (sillas de ruedas , muletas o cualquier equipo que soporte algún miembro del cuerpo); transplantes. La pre-certificación puede ser adquirida por usted, cualquier miembro familiar o el hospital que rendirá servicio.

Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization - PPO) : Su plan puede recomendar que use uno de los doctores dentro del PPO en los E.U. Información para doctores y otros proveedores de servicios pueden ser encontradas a través de:

- La pagina del Internet para IMG en la dirección www.imglobal.com . Esta pagina le proveer una lista de doctores y otros proveedores de servicio listados por su especialidad y localización geográfica.
- Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al numero de teléfono listado abajo para una lista de doctores en su área.

Cuando reciba tratamiento de uno de los doctores PPO por favor siga estas instrucciones :

- Presente su tarjeta de identificación medica de IMG. Por favor recuerde que si usted paga directamente por servicios que su seguro cubre, esto puede causarle problemas con IMG al tiempo de reembolso. La negociación por los gastos de servicio será la cantidad máxima pagada al doctor o a usted.
- Complete el formulario y envíelo con las facturas o recibos originales. Si la oficina medica decide someter su reclamo, envíe solo el formulario a IMG .
- Cuando reciba tratamiento por algunos de los doctores o facilidades PPO por tratamientos que su seguro cubre, las facturas sometidas deberán ser re-calculadas a través del PPO al precio negociado . Este procedimiento puede causar retrasos de proceso en su reclamo.

SI YA HA RECIBIDO TRATAMIENTO:

- Si está aplicando para una nueva reclamación, complete TODAS LAS PARTES de este formulario . Si el tratamiento fue recibido en los Estados Unidos, no complete la SECCIÓN C .
- Si esta es la continuación de su reclamación complete LA SECCIÓN A y D . Si el tratamiento fue recibido fuera de los Estados Unidos, por favor también complete LA SECCIÓN C .
- Envíe adjunto cualquier recibo o factura original que halla recibido por servicios obtenidos, incluyendo todo uso de provisiones .
- Por favor, asegúrese que todo documento indique el nombre de la persona asegurada, fecha de servicio, diagnosis y los cargos detallados.

Envíelo a: International Medical Group
Claims Department
P.O. Box 88500
Indianapolis, IN 46208-0500 USA

Tel: 800-628-4664 fuera de los E.U. 317-655-4500

Fax: 317-655-4505

Email: insurance@imglobal.com

Internet: www.imglobal.com

Nuestra meta en IMG es procesar sus reclamaciones en forma eficiente y completa. Para lograrlo, este formulario debe ser completado en forma correcta y completa. Falta de información causará retrasos en nuestro proceso.

Formulario de Reclamación y Autorización



Instrucciones para someter su reclamación :

- Si esta aplicando para una nueva reclamación, complete TODAS LAS PARTES de este formulario. Si el tratamiento fue recibido en los Estados Unidos, no complete la SECCIÓN C .
- Si esta es la continuación de su reclamación complete la SECCIÓN A y D . Si el tratamiento fue recibido fuera de los Estados Unidos, por favor también complete la SECCIÓN C .
- Envíe adjunto cualquier recibo o factura original que halla recibido por servicios obtenidos, incluyendo todo uso de provisiones .
- Por favor, asegúrese que todo documento indique el nombre de la persona asegurada, fecha de servicio, diagnosis y los cargos detallados.

Envíelo a: **International Medical Group**
Claims Department
P.O. Box 88500
Indianapolis IN 46208-0500 USA
Tel. 800-628-4664 fuera de E.U. 317-655-4500

Noticia : Este documento será anulado si algún descubrimiento de fraude o testimonio falso es revelado y toda reclamación relacionada a esta información será cancelada.

PARTE A. Para ser completado y firmado por el asegurado para todas las reclamaciones.

(como aparece en su tarjeta)		
Nombre del paciente:		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento: <small>Mes/Día/Año</small> / /
Relación del Paciente con el Asegurado Primario: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre del Asegurado Primario:		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento: <small>Mes/Día/Año</small> / /
Dirección de su país de origen:		
Dirección actual (o corriente):		
Teléfono de domicilio:	Teléfono de trabajo:	E-mail:
Número de Grupo:		Número de Certificado:
¿Esta en la escuela o Universidad tiempo completo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si contesta si, por favor, díganos el nombre de la escuela y dirección:		
¿Es usted ciudadano americano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Cuántos meses del año está usted en los Estados Unidos?		

Si está usted asegurado por algún otro plan, complete las siguientes preguntas:

(como aparece en su tarjeta)		<small>mes/día/año</small>
Nombre del Asegurado Primario:		Fecha de Nacimiento: / /
Número de Grupo del otro plan:	Número de Identificación:	
Dirección Postal:	Nombre de la otra compañía:	
Ciudad:	Dirección:	
Estado:	Código Postal:	Ciudad:
Nombre de su empleador:	Estado:	Código Postal:

PARTE B. Para ser completado por el asegurado, solamente para nuevas reclamaciones. (Si necesita mas espacio, por favor incluya una hoja adicional.)

1. ¿Como comenzó su condición? Describa todo síntoma y condición detalladamente desde el comienzo. En caso de accidente describa como y cuando sucedió el accidente .

2. ¿Cuando y como comenzaron los síntomas de su condición? (Díganos fecha exacta si es posible)

3. ¿Ha sido usted tratado o ha tenido el mismo tipo de condición anteriormente? Si No

4. Haga una lista de las direcciones de doctores y facilidades que ha visitado con respecto a esta condición.

5. Haga una lista de algún tipo de enfermedad o accidente que halla experimentado en los últimos cinco años. (Por favor describa el nombre de cada medicamento que halla adquirido por cada condición fecha y dirección del doctor por el cual fue atendido.)

6. ¿ Es su condición relacionada con algún tipo de accidente o enfermedad ocasionada por su empleo?
 - a) ¿Relacionada con su empleo ? Si No
Si contesta si ¿Esta usted recibiendo alguna compensación o beneficios a través de su empleo? Si No
 - b) ¿Es su condición relacionada a un accidente automovilístico ? Si No
Si contesta si, describa las personas involucradas, nombre de la compañía de seguros y el numero de póliza
 - c) ¿Hubo algún reporte de la policía ? Si No
Si contesta si, por favor identifique el Departamento de Policía donde fue sometido el reporte.

PARTE C. Complete para todo tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos

Fecha de Servicio	Doctor u otro proveedor de servicios	¿Que tipo de servicio fue recibido?	¿Que tipo de enfermedad o accidente?	Ciudad y País	Tipo de moneda	Cantidad total pagada o por pagar	Convertido en dólar americano	Para uso de oficina solamente

PARTE D. Autorización – Para ser completado y firmado por el asegurado para todas reclamaciones.

Declaro que toda información que contiene este formulario es correcta y verídica bajo mi mejor conocimiento. Yo autorizo a cualquier medico, profesionales en área de la salud, hospital, clínica, facilidad o centro de salud, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguro, grupo de póliza, empleado o administrador de plan de beneficio, a tener información, advertencia, tratamiento, diagnosis o pronosis de alguna condición física o mental, de estado financiero, estado de empleo o del nombre del asegurado abajo, a revelar esta información a International Medical Group, Inc. o cualquier agente o administrador de la misma compañía .

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización si así lo requiero. Una copia de este documento también es valida.

Esta autorización es valida por 12 meses después de la fecha firmada.

Escriba su nombre en letra de molde _____

Firma del asegurado o guardián _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN: Yo autorizo pago por beneficios médicos al doctor, facilidad, o centro medico por servicios proveídos listados en las facturas adjuntas.

Firma del asegurado o guardián _____ Fecha _____

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Al completar este formulario, usted otorga su consentimiento a IMG para discutir sus reclamos con la persona(s) mencionada (s) abajo. Sin su consentimiento, IMG no discutirá con nadie mas que su doctor (es) o proveedor (es) de servicio.

Autorizo que IMG discuta la actividad de mis reclamos con: _____.
Esta autorización es valida por _____ meses desde la fecha firmada. (No exceder un periodo de 12 meses)

Este permiso es para que IMG revele la siguiente información:

(Seleccione y marque con iniciales)

- _____ Toda la información financiera en mis gastos médicos y Formulario de Reclamación y Autorización.
- _____ Nombre del proveedor, fecha de servicio, gastos totales, gastos pagados y fecha.
- _____ Numero de identificación de aseguranza y/o numero de seguro social.

Bajo ninguna circunstancia puede IMG revelar su información médica obtenida de su doctor o proveedor de servicio a usted o alguien mas. Su información médica ha sido revelada a nosotros por su doctor o proveedor de servicio y estamos prohibidos por ley Federal a revelarla. Por favor, comuníquese con su doctor o proveedor de servicio para obtener su información médica.

Nombre del Paciente (letra de imprenta)

Numero de Identificación de Aseguranza

Firma del Paciente o Asegurado si el paciente es menor de edad

Fecha

Envíe por correo o fax para:

**Claims Department
International Medical Group
P.O. Box 88500
Indianapolis, IN 46208-0500
Telephone: 317-655-4500
Fax: 317-655-4505**