



FORMULARIO DE RECLAMACIONES DE SEGURO DE SALUD

ENVÍE LAS RECLAMACIONES COMPLETAS A:

HMO LOUISIANA, INC.
CLAIMS PROCESSING
P.O. BOX 98024
BATON ROUGE, LA 70898-9024

LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL DORSO ANTES DE COMPLETAR O FIRMAR ESTE FORMULARIO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y ASEGURADO (SUSCRIPTOR)

LETRA IMPRENTA O A MÁQUINA		SOLO UN PACIENTE POR FORMULARIO DE RECLAMACIONES		1. N.º DE CONTRATO DEL SUSCRIPTOR DE HMO LOUISIANA, INC.	
2. NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2.º Nombre)		3. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE SEXO MES DÍA AÑO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		4. NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2.º Nombre)	
5. DIRECCIÓN DEL PACIENTE (Número de Calle)		6. RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro		7. DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR (Número de Calle)	
CIUDAD		ESTADO		CIUDAD	
CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO (Incluir Código de Área)		CÓDIGO POSTAL	
()		()		()	
9. NOMBRE DEL OTRO ASEGURADO (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2.º Nombre)		10. LA CONDICIÓN DEL PACIENTE ESTÁ RELACIONADA CON a. ¿EMPLEO? (ACTUAL O PREVIO) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO b. ¿ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO c. ¿OTRO ACCIDENTE O LESIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO d. FECHA DEL ACCIDENTE O LESIÓN		7. DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR (Número de Calle)	
a. NÚMERO DE PÓLIZA O GRUPO DEL OTRO ASEGURADO		SI INDICÓ SÍ, COMPLETE LA SECCIÓN 9.		CÓDIGO POSTAL	
b. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA OTRA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD				TELÉFONO (Incluir Código de Área)	
c. NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO O NOMBRE DEL PROGRAMA				()	
				MARQUE AQUÍ SI ESTA ES UNA NUEVA DIRECCIÓN	
				11. NÚMERO DE GRUPO DE LA PÓLIZA DEL SUSCRIPTOR O NOMBRE DEL GRUPO	
				a. FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR MES DÍA AÑO	
				b. SEXO DEL SUSCRIPTOR ¿JUBILADO? M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
				c. NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO O NOMBRE DEL PROGRAMA	
12. SOLO PARA USO DE OFICINA				13. AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS AL MÉDICO O PROVEEDOR SUSCRITO POR LOS SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN X FIRMA (PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA)	

INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROVEEDOR (SOLO UN MÉDICO POR FORMULARIO DE RECLAMACIÓN)

14. FECHA ACTUAL DE ENFERMEDAD (Primer síntoma) O LESIÓN (Accidente) O EMBARAZO (Último Período Menstrual) MES DÍA AÑO		15. SI EN EL PASADO EL PACIENTE HA TENIDO LA MISMA ENFERMEDAD O SIMILAR INDIQUE LA PRIMERA FECHA MES DÍA AÑO		18. FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS ACTUALES MES DÍA AÑO MES DÍA AÑO DESDE HASTA					
16. NOMBRE DEL MÉDICO U OTRO QUE LO REFIERE		17. NÚMERO DE I.D. DEL MÉDICO QUE LO REFIERE		19. DIAGNÓSTICO O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN (RELACIONAR LOS PUNTOS 1,2,3 O 4 AL PUNTO 20E POR LÍNEA)					
1. _____		3. _____		↓					
2. _____		4. _____							
20. A. FECHA(S) DE SERVICIO Desde MES DÍA AÑO Hasta MES DÍA AÑO		B.* Lugar de Servicio	C.* Tipo de Servicio	D. PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS CPT HCPCS MODIFICADOR		E. CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO	F. \$ CARGOS	G. DÍAS O UNIDADES	H. EXPLIQUE SERVICIOS O CIRCUNSTANCIAS INUSUALES
21. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL FEDERAL NSS NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		22. NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE		23. CARGO TOTAL \$		24. CANTIDAD PAGADA \$		25. SALDO ADEUDADO \$	
26. FIRMA DEL MÉDICO O PROVEEDOR INCLUIDOS TÍTULOS O CREDENCIALES (Certifico que las declaraciones en el dorso de este formulario se aplican a esta factura y se hacen parte del mismo)		27. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CENTRO DONDE SE PRESTARON LOS SERVICIOS (que no sea hogar u oficina)		29. NOMBRE, DIRECCIÓN, CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO DE TELÉFONO DE FACTURACIÓN DEL MÉDICO, PROVEEDOR.					
FIRMA		FECHA		# PIN		# GRP			

*CÓDIGOS DE LUGAR DE SERVICIO Y TIPO DE SERVICIO ACTUAL (T.O. S., POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) SOBRE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS

COMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Debe completar los puntos del 1 al 12 de la parte superior del formulario de reclamación. El médico, hospital u otro proveedor puede completar la parte inferior del formulario; o usted puede adjuntar una copia de la factura detallada del medico o proveedor. Un ejemplo de la parte que debe completar se muestra a continuación.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y ASEGURADO (SUSCRIPTOR)

LETRA IMPRENTA O A MÁQUINA		SOLO UN PACIENTE POR FORMULARIO DE RECLAMACIONES		1. N.º DE CONTRATO DEL SUSCRIPTOR DE HMO LOUISIANA, INC.	
2. NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2.º Nombre)		3. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE SEXO MES DÍA AÑO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		4. NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2.º Nombre)	
5. DIRECCIÓN DEL PACIENTE (Número de Calle)		6. RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro		7. DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR (Número de Calle)	
CIUDAD ESTADO		8. ¿TIENE OTRO PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI INDICÓ SÍ, COMPLETE LA SECCIÓN 9.		CIUDAD ESTADO	
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (Incluir Código de Área) ()		CÓDIGO POSTAL TELÉFONO (Incluir Código de Área) ()		
9. NOMBRE DEL OTRO ASEGURADO (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2.º Nombre)		10. LA CONDICIÓN DEL PACIENTE ESTÁ RELACIONADA CON		<input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI ESTA ES UNA NUEVA DIRECCIÓN	
a. NÚMERO DE PÓLIZA O GRUPO DEL OTRO ASEGURADO		a. ¿EMPLEO? (ACTUAL O PREVIO) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		11. NÚMERO DE GRUPO DE LA PÓLIZA DEL SUSCRIPTOR O NOMBRE DEL GRUPO	
b. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA OTRA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD		b. ¿ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		a. FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR MES DÍA AÑO	
c. NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO O NOMBRE DEL PROGRAMA		c. ¿OTRO ACCIDENTE O LESIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		b. SEXO DEL SUSCRIPTOR ¿JUBILADO? M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
		d. FECHA DEL ACCIDENTE O LESIÓN		c. NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO O NOMBRE DEL PROGRAMA	

CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA E INCOMPLETA, PODRÍA SER CULPABLE DE UN ACTO CRIMINAL SANCIONABLE BAJO LA LEY.

12. SOLO PARA USO DE OFICINA

13. AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS AL MÉDICO O PROVEEDOR SUSCRITO POR LOS SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

X
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA

INSTRUCCIONES

1. **Número de Contrato de HMO Louisiana, Inc. del Suscriptor** - Complete el número de contrato del asegurado exactamente como se muestra en la tarjeta de identificación del asegurado de Blue Cross and Blue Shield. Debe verificar este número para asegurarse de que sea el correcto.
2. **Nombre del Paciente** - Complete el nombre del paciente tal como aparece en la solicitud del asegurado de HMO Louisiana, Inc.
3. **Fecha de Nacimiento del Paciente** - Ingrese el mes, día, año y marque hombre mujer. Por ejemplo: 21 de Mayo de 1958 sería 5/21/58.
4. **Nombre del Suscriptor** - Complete el nombre del asegurado tal como aparece en la tarjeta de identificación de HMO Luisiana, Inc.
5. **Nombre del Paciente** - Complete la dirección postal completa del paciente y el número de teléfono correcto.
6. **Relación del Paciente con el Asegurado** - Marque la sección que indica cómo el paciente está relacionado con el asegurado.
7. **Dirección del Suscriptor** - Ingrese la dirección postal completa y el número de teléfono del titular de la póliza de HMO Louisiana, Inc. Si esta información ya se ingresó en la sección número 5, entonces puede ingresar "igual". Si se trata de una nueva dirección, marque la casilla provista.
8. **¿Existe otro Plan de Beneficios de Salud?** - Si el paciente está cubierto por otra póliza de salud grupal, marque la casilla "si" y responda el punto 9.
9. **Otros Asegurados** - Si el paciente está cubierto por otra póliza de salud grupal a través de un empleador o por Medicare, complete el nombre del titular de la póliza.
 - a. Número de la Póliza del otro Asegurado o Número del Grupo - Complete el número de la póliza utilizado por la otra cobertura de seguros.
 - b. Nombre y Dirección de la Otra Cobertura de Seguros de Salud - Ingrese el nombre y la dirección utilizada por la otra compañía de seguros.
 - c. Nombre del Plan de Seguros - Ingrese el nombre del plan o programa utilizado por la otra compañía de seguros.
10. **La Afección del Paciente se relaciona con -**
 - a. Empleo (Actual o Previo) - Marque sí o no.
 - b. Accidente Automovilístico - Marque sí o no.
 - c. Otro Accidente o Lesión - Marque sí o no.
 - d. Fecha del Accidente o Lesión - Si marcó una casilla como "SI" en el punto 10, indique la fecha. Ingrese el mes, día, año.
11. **Número del Grupo de la Póliza del Suscriptor o Nombre del Grupo** - Ingrese el número del Grupo como se muestra en la tarjeta de identificación del asegurado de HMO Louisiana, Inc. Si no se dispone de esta información, ingrese el nombre de la compañía que emplea al asegurado.
 - a. Fecha de Nacimiento del Suscriptor - Ingrese el mes, día, año. Por ejemplo: 15 de septiembre de 1956 sería 9/15/56.
 - b. Sexo del Suscriptor - Indique si el asegurado es hombre o mujer y si esa persona está jubilada.
 - c. Nombre del Plan de Seguros - Ingrese el nombre del plan o el nombre del programa.

TENGA EN CUENTA

Las secciones del 1 al 12 de este formulario DEBEN ser completadas. Si no se completan las secciones 14-29, se DEBE adjuntar la declaración de los servicios prestados por el Médico a este formulario de reclamaciones. Si se adjunta la declaración del Médico a cargo, no se requiere la firma del Médico en la sección 26 de este formulario de reclamaciones. Envíe solo un formulario de reclamación por paciente e indique solo un médico por formulario de reclamación.

SOLO PARA USO DEL MÉDICO/PROVEEDOR

PLACE OF SERVICE CODES

- | | |
|--|---|
| 1 - (IH) - Inpatient Hospital
2 - (OH) - Outpatient Hospital
3 - (O) - Doctor's Office
4 - (H) - Patient's Home
5 - Day Care Facility (PSY)
6 - Night Care Facility (PSY)
7 - (NH) - Nursing Home
8 - (SNF) - Skilled Nursing Facility
9 - Ambulance | 0 - (OL) - Other Location
A - (IL) - Independent Laboratory
B - (ASC) - Ambulatory Surgical Center
C - (RTC) - Residential Treatment Center
D - (STF) - Specialized Treatment Center
E - (COR) - Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility
F - (KDC) - Independent Kidney Disease Treatment Center |
|--|---|

TYPE OF SERVICE CODES

- | | |
|---|--|
| 1 - Medical Care
2 - Surgery
3 - Consultation
4 - Diagnostic X-Ray
5 - Diagnostic Laboratory
6 - Radiation Therapy
7 - Anesthesia
8 - Assistance at Surgery
9 - Other Medical Services
0 - Blood or Packed Red Cells | A - Used DME
F - Ambulatory Surgical Center
H - Hospice
L - Renal Supplies in the Home
M - Alternate Payment for Maintenance Dialysis
N - Kidney Donor
V - Pneumococcal Vaccine
Y - Second Opinion on Elective Surgery
Z - Third Opinion on Elective Surgery |
|---|--|