



P.O. Box 98029 • Baton Rouge, LA 70898-9029

# VIP

Plan de Ingreso Variable

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

**LEA DETENIDAMENTE: LA PÓLIZA VIP ES UNA PÓLIZA DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA QUE PAGA BENEFICIOS DIARIOS POR LAS ADMISIONES HOSPITALARIAS CUBIERTAS BASADAS EN EL NIVEL DE BENEFICIOS COMPRADOS. DEBE ADJUNTAR UNA FACTURA DE HOSPITAL DETALLADA JUNTO CON ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA QUE SE PROCESEN SUS BENEFICIOS.**

### PARA SER COMPLETADO POR EL SUSCRIPTOR

APELLIDO DEL PACIENTE		PRIMER NOMBRE		INICIAL 2DO. NOMBRE	SEXO M F	RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR	
FECHA DE NACIMIENTO MES   DÍA   AÑO		ESTADO CIVIL MES   DÍA   AÑO <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA	
NÚMERO DE CONTRATO		EMPLEADOR U OCUPACIÓN DEL PACIENTE			NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE		
FECHA DE ADMISIÓN 		FECHA DEL ALTA 		¿TODAVÍA ES PACIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		FECHA DEL ACCIDENTE/INICIO DE LA ENFERMEDAD 	
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR				NOMBRE DEL HOSPITAL			
DIRECCIÓN				DIRECCIÓN			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		CIUDAD		ESTADO   CÓDIGO POSTAL
Si el paciente está cubierto por otra póliza de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana, proporcione los números del contrato.				Esta información es verdadera y correcta.			
_____				_____		_____	
Números de Contrato				Suscritor		Fecha	