

Por favor complete este  
formulario en tinta azul o negra



ENVIE TODAS LAS  
RECLAMACIONES A:  
GREAT-WEST HEALTHCARE  
1000 GREAT-WEST DRIVE  
KENNETT, MO 63857-3749

**FORMULARIO DE RECLAMACION DEL SEGURO MÉDICO**

1. NomAbre del paciente (Apellido, Nombre, Inicial)			7. ¿Tiene otro plan de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			9. ID del empleado No. De la seguridad social					
2. Fecha de nacimiento del paciente Mes Día Año		Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		a. Otro apellido del asegurado (Apellido, Nombre)			10. Nombre del empleado (Apellido, Nombre, Inicial)				
3. Relación del paciente con el asegurado Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			b. Fecha de nacimiento del otro asegurado Mes Día Año			Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			11. Dirección del asegurado (Calle)		
4. Si el hijo tiene 19 años o más y es estudiante a tiempo completo, nombre y la dirección del colegio.			c. Nombre y teléfono de la empresa			a. Ciudad			b. Estado		
			d. Otros seguros No. Y nombre			c. Código postal			d. Teléfono (incluido código de área ( ))		
5. ¿Es la condición relacionada con el empleo del paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			8. Están los padres biológicos divorciados o separados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			12. Póliza del empleado y No. De control					
6. Si el accidente está relacionado, por favor dé la fecha, Lugar, y cómo ocurrió el accidente			a. ¿Tiene la custodia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			13. Nombre de la empresa o del colegio					
			b. ¿Tiene responsabilidad financiera legal Por los gastos médicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			14. Este plan es secundario a Medicare u otro seguro, por favor adjunte las otras explicaciones de beneficios.					
15. Firma del paciente o la persona autorizada Autorizo la revelación de Cualquier información médica que sea necesaria para procesar esta reclamación. Los residentes de Wisconsin, refieren por favor al desbloquear del aviso médico personal de la información en la parte posterior de esta forma.  <b>NOTA DE FRAUDE: Vea los requisitos antifraude específicos genéricos y del estado en dorso de esta forma.</b>						16. Firma de la persona asegurada o autorizada Autorizo el pago de beneficios médicos al siguiente médico proveedor de servicios de abajo. Esta autorización No Se Extiende A Los Beneficios Pagables Por Servicios Completos Después De Este Formulario Por El Proveedor.					
Firma _____ Fecha _____						Firma _____ Fecha _____					
17. Fecha de hoy Mes Día Año			18. Si el paciente tiene la misma o similar enfermedad Primera fecha dada Mes Día Año			19. Fechas del paciente que no pudo trabajar en esta ocupación De Mes Día Año A Mes Día Año					
Enfermedad (Primer síntoma) O lesión (Accidente) O Embarazo (LMP)											
20. Nombre del médico referido u otra fuente			a. Número de ID del médico referido			21. Fechas de hospitalización relacionadas con los servicios De Mes Día Año A Mes Día Año					
22. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o la lesión (apartados relacionados 1, 2, 3, o 4 al 23) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____											
<b>Complete la sección 23 de abajo y adjunte una factura detallada</b>											
23. Fecha (s) del servicio De Mes Día Año Mes Día Año			Lugar del servicio	Tipo De servicio	Procedimientos (explique circunstancias inusuales) CPT/HCPCS calificativo			Código de Diagnóstico	\$ Precio	Días de unidades	Reservado para uso local
24. ID de impuesto federal SSN <input type="checkbox"/> EIN <input type="checkbox"/>			25. No. de cuenta del paciente			26. Precio total \$		27. Cantidad a pagar \$		28. Balance a deber \$	
29. Firma del médico o del proveedor incluido títulos y credenciales. <b>NOTA DE FRAUDE: Vea los requisitos antifraude específicos genéricos y del estado en dorso de esta forma.</b> Firma _____ Fecha _____					30. Nombre y dirección de la organización donde los servicios se hicieron (si es diferente que la casa o la oficina)			31. Nombre del médico o del proveedor, dirección código postal y no. de teléfono PIN# _____ GRP# _____			

Información para el médico o proveedor

Información para el paciente y seguro

Great-West Healthcare se refiere a los productos y servicios proporcionados por Great-West Life & Annuity Insurance Company y sus subsidiarias (Alta Health & Life Insurance Company y Great-West Healthcare HMO/HCSC companies). También abarca los productos para grupos de New England Life Insurance Company y Metropolitan Life Insurance Company, que en la actualidad se encuentran bajo la administración de Great-West. Great-West Life & Annuity Insurance Company no tiene licencia para operar en New York. En New York, su subsidiaria First Great-West Life & Annuity Insurance Company de White Plains, N.Y está a cargo de vender los productos.

**NOTA DE FRAUDE: Cualquier persona que sabiendo, y con la intención de lastimarse, defraude o mienta a la compañía de seguros con estamentos falsos, incompletos o confusos es culpable de ofensas civiles y criminales. Para los estados AS, CA, FL, ID, NM, OR, PA, TN y VA por favor refiérase al aviso de fraude en el dorso del formulario.**

**Arizona aviso de fraude:**

Cualquier persona que sabiendo presenta una reclamación para pago de una pérdida está sujeta a multas civiles y criminales.

**California aviso de fraude:**

Para su protección la ley de California la siguiente esté en formulario.

Cualquier persona que sabiendo presenta una reclamación para pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y prisión.

**Florida aviso de fraude:**

Cualquier persona que sabiendo, y con la intención de lastimarse defraude o mienta a la compañía de seguros con estamentos falsos, incompletos o confusos es culpable de ofensa en tercer grado.

**Idaho aviso de fraude:**

Cualquier persona que sabiendo, y con la intención de lastimarse defraude o mienta a la compañía de seguros con estamentos falsos, incompletos o confusos es culpable de ofensa.

**New Mexico aviso de fraude:**

Todas las reclamaciones y solicitudes para el seguro deben tener el siguiente aviso:

“Cualquier persona que sabiendo presente documentos falsos o fraudulentos para le pago de una pérdida o beneficio o sabiendo presente falsa información al seguro es culpable de un crimen y puede ser sujeto a multas civiles y sanciones criminales.”

**Oregon aviso de fraude:**

Cualquier persona que sabiendo, y con la intención de lastimarse defraude o mienta a la compañía de seguros con estamentos falsos, incompletos o confusos es culpable de fraude al seguro.

**Pennsylvania aviso de fraude:**

Cualquier persona que sabiendo, y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, rellene una solicitud para el seguro o un estamento de reclamación conteniendo falsa información u oculte información con el propósito de mentir, información concerniente al material de hecho, comete un acto de fraude al seguro, lo que le hará sujeto de multas civiles y criminales.

**Tennessee aviso de fraude:**

Es un crimen para proporcionar con conocimiento información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar la compañía. Las penas incluyen el encarcelamiento, multas y la negación de los beneficios de seguro.

**Virginia aviso de fraude:**

Cualquier persona que, con el intento a defraudar o sabiendo que él está facilitando un fraude contra un asegurador, somete un uso o archiva una demanda que contiene una declaración falsa o engañosa pudo haber violado ley del estado.

## **DESBLOQUEAR DEL AVISO MÉDICO PERSONAL DE LA INFORMACIÓN**

**Desbloquear de Wisconsin Del Aviso Médico Personal de la Información:**

Great West Life & Annuity Insurance Company puede obtener la información médica u otra y puede divulgar la información a las personas o a las organizaciones que realizan las funciones para nosotros, para procesar esta demanda.