



Formulario de Reclamo del Plan de Beneficios Médicos



INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

1. Por favor complete este formulario si pagó de su bolsillo.
2. Adjunte la(s) factura(s) detallada(s) del proveedor y la Explicación de Beneficios (EOB) de otros seguros (si corresponde)
3. Envíe el formulario y otra documentación a: **IMG P.O. Box 88506 Indianapolis, IN 46208**, por fax a: **855-851-2971**, o correo electrónico.
4. Si tiene preguntas, por favor comuníquese con IMG al **855-851-2974** o correo electrónico NCCCcare@imglobal.com.

DEBE SER LLENADO POR EL MIEMBRO / PACIENTE

Responda a todas las preguntas que correspondan.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer Nombre Inicial del segundo nombre Apellido Mes Día Año

Dirección postal: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de identificación del Miembro de su tarjeta IMG (Member ID): _____

Si su dirección ha cambiado, por favor visite el portal de MyAmeriCorps en my.americorps.govmp/login.do para actualizarla.

¿Está cubierto bajo cualquier otro seguro médico? Sí No Fecha de comienzo de la póliza: _____
 En caso de responder "Sí", favor de enviar una copia del EOB de su plan primario de cobertura de gastos médicos

¿Fue esta condición médica relacionada con...
 A. su servicio con AmeriCorps? Sí No
 B. un accidente? Sí No Fecha del accidente: _____
 En caso de responder "Sí", favor de enviar un Formulario de Lesión y Accidente a IMG.

Por favor, describa la enfermedad, lesión o síntomas

Fecha en que se dio cuenta de los síntomas: _____

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta. 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 Miembro: _____

Autorizo a todo médico, farmacéutico, hospital u otro proveedor de atención médica, asegurador, organización de prepaga u otro proveedor de un plan de cobertura salud a que entregue información médica relacionada conmigo, lo que incluye información sobre salud física y mental, historia clínica y cualquier cobertura por adicciones a las drogas o al alcohol. Esta información se usará para evaluar los reclamos por beneficios. La presente autorización permanecerá en vigencia hasta que se concluyan todos los asuntos relativos a dichos reclamos. 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 Miembro: _____

CARGOS TOTALES proporcionado en este formulario: \$ _____ Emitir pago a: Miembro Proveedor