

FORMULARIO DE REEMBOLSO POR UN RECLAMO MÉDICO

INFORMACIÓN PARA SUSCRIPTORES (EMPLEADOS)

Apellido Nombre del Suscriptor		Nombre del Suscriptor		M.I.	Social Security Number - -	VHP ID Number
Fecha de nacimiento / /	Dirección del Suscriptor (Calle)			¿Tiene usted o el paciente cobertura con otro seguro de salud, incluyendo Medicare o Medi-Cal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Si responde Sí, dé el nombre, dirección y número de póliza de la cobertura con el otro seguro de salud:		
Teléfono en casa () -	Ciudad	Estado	Código Posta			

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Si el paciente y el suscriptor son la misma persona, no se debe completar la información sobre el paciente que aparece abajo.)

Apellido Nombre del Paciente		Nombre del Paciente		M.I.	Relación del paciente con el emplead: <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Cónyug <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	
Fecha de nacimiento / /	Dirección del Paciente (Calle)			Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

Índole de la enfermedad / Razón para solicitar los servicios : (Si fuese necesario, use una hoja separada para describirla)	¿Por qué estaba usted no puede utilizar uno de los proveedores contratados VHP?
---	---

¿Se contactó a VHP para la Autorización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El servicio fue referido por: <input type="checkbox"/> Doctor de Cuidado Primario <input type="checkbox"/> Otro doctor <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--

Fecha(s) del Servicio / /	Proveedor del Servicio	Dinero pagado por el servicio \$
Si fuese necesario, use una hoja separada para anotar todos los servicios proporcionados.		TOTAL \$

Es esto una lesión de trabajo - con Seguro del Trabajador (WC) o causada por un accidente de automóvil o de otro tipo? No Sí-Si responde Sí, complete lo siguiente:

Fecha del accidente / /	Nombre de la compañía de Seguro de automóvil o del Seguro del Trabajado	Número de la reclamación del seguro de automóvil o del Seguro del Trabajado: #
----------------------------	---	--

Describa cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente:	¿Está alguna de las enfermedades o lesiones por las que se presenta este reclamo relacionada con su trabajo o empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene usted derecho a reembolso por todos o parte de los gastos a través de otra cobertura que proporciona beneficios o servicios médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde Sí, por favor proporcione información de la otra cobertura.
---	---

FIRMA DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por el presente autorizo a cualquier compañía de seguro, organización, empleador, hospital, médico, o cirujano a divulgar información solicitada por Valley Health Plan. Una fotocopia de la autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Firma del suscriptor o del paciente. Para niños menores de edad, debe firmar uno de los padres. X	Fecha
---	-------

Para su protección, la ley de California requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser sujeto a multas o recluido en una prisión estatal. Si es aprobado, se enviará un cheque de reembolso pagadero al suscriptor a la dirección que figura en el archivo de VHP; o al Proveedor si corresponde dentro de 45 días hábiles.

Cómo presentar un Formulario de Reembolso por un Reclamo médico

Los formularios de reembolso por un reclamo médico deben presentarse a Valley Health Plan dentro de los **noventa (90) días de la fecha del servicio**.

Paso 1: Llenar una Formulario de Reclamación de Reembolso Médico

Paso 2: Incluir los recibos originales , facturas , facturas, y el comprobante de pago.

- Recibo(s) original, incluyendoName of patient;
 - Nombre del médico, hospital u otro proveedor;
 - Fecha de pago; y
 - Cantidad pagada.
- Factura original detallada(s) o factura(s) del proveedor incluyendo:
(Si en el caso de un recibo extranjera, se calculará el pago basado en la tasa de conversión del dólar en el momento de servicio)
 - Nombre del paciente;
 - Fecha(s) de servicio; y
 - Naturaleza de la enfermedad o lesión - incluyendo el código de facturación médica y hospitalaria(s).
- El comprobante de pago
 - Puede ser necesaria otra prueba de pago, tal como una copia de un recibo de cheque o tarjeta de crédito cobrado.

Paso 3: Correo o en persona el Formulario de Reclamación de Reembolso Médico completado con recibos, facturas, facturas y registros médicos dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de servicio a:

Valley Health Plan
Atención: Member Services
2480 N. First Street, Suite 200
San Jose, CA 95131

Paso 4: Tras la aprobación de su solicitud, un cheque será enviado en un plazo de cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud.