

Formulario de demanda de seguro por atención médica

Si quiere ayuda para preparar y entregar este formulario de demanda de seguro, favor de ponerse en contacto con el Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian por correo electrónico al info@phs.org, llamar al número que se encuentra al dorso de su tarjeta de asegurado o a uno de los números de teléfono siguientes:

Planes comerciales		
Presbyterian Health Plan		
Teléfono: (505) 923-5678 1-800-356-2219 TTY: 711	Horario: De lunes a viernes De 7 a.m. a 6 p.m. (salvo los días feriados)	
Presbyterian Insurance Company		
Teléfono: (505) 923-6980 1-800-923-6980 TTY: 711	Horario: De lunes a viernes De 7 a.m. a 6 p.m. (salvo los días feriados)	
Planes de Medicare Advantage		
Presbyterian Senior Care (HMO) / (HMO-POS) Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) Presbyterian MediCare PPO		
Teléfono: (505) 923-6060 1-800-797-5343 TTY: 711	Horario: Del 1º de octubre al 31º de marzo: De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (salvo los días feriados) Del 1º de abril al 30 de septiembre: De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (salvo los días feriados)	
Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)		
Teléfono: (505) 923-7675 1-855-465-7737 TTY: 711	Horario: Del 1º de octubre al 31º de marzo: De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (salvo los días feriados) Del 1º de abril al 30 de septiembre: De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (salvo los días feriados)	
Favor de enviar los formularios de demanda de seguro a:		
Presbyterian Health Plan, Inc. P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489	<input type="radio"/>	Presbyterian Insurance Company, Inc. P.O. Box 26267 Albuquerque, NM 87125-6267
Si desea recibir información en español sobre el contenido de este documento, favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al número que se encuentra al dorso de su tarjeta de asegurado.		

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA DEMANDA DE SEGURO POR ATENCIÓN MÉDICA

Favor de leer estas instrucciones completamente. Consulte su tarjeta de asegurado y la factura de su proveedor de atención médica para llenar este formulario.

1. Solo se exige que los asegurados presenten los formularios de demanda de seguro por atención médica si el proveedor de atención médica no presenta la demanda de seguro en su nombre.
2. Este formulario de demanda de seguro se tiene que llenar **solo en tinta negra o azul**. Favor de escribir legiblemente en letra de molde.
3. Tiene que contestar las preguntas con detalles completos si se marca o se responde una pregunta afirmativamente (“sí”). Tiene la obligación de asegurarse de que toda la información que se proporciona en este formulario es correcta y completa. Si el formulario de demanda de seguro no está completo, pudiera ocasionar demoras. Si necesita más espacio para contestar las preguntas, adjunte una hoja o más e indique las secciones y los números de las preguntas. Luego firme y ponga la fecha en cada página.
4. Adjunte copia del formulario de cobros o de la factura detallada e **incluya todo lo que se indica en la lista de verificación a continuación:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nombre del paciente
<input type="checkbox"/> Fecha en que se prestó cada servicio
<input type="checkbox"/> Descripción detallada del servicio o el código del procedimiento
<input type="checkbox"/> Cantidad del cobro por cada procedimiento | <input type="checkbox"/> Código del diagnóstico
<input type="checkbox"/> Constancia de pago
<input type="checkbox"/> Nombre y ubicación del consultorio del proveedor atención médica
<input type="checkbox"/> Número de impuestos federal y/o número de identificación nacional del proveedor [National Provider Identifier, NPI] |
|--|---|

PRIMERA SECCIÓN: DATOS DEL ASEGURADO

El asegurado o el titular principal de la póliza de seguro tienen que llenar esta sección.

Nombre, inicial, apellido	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	N° del asegurado:		
			N° grupal (si corresponde):		
Domicilio (no puede ser apartado postal)		Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo		Dirección de correo electrónico		

SEGUNDA SECCIÓN: DATOS DEL PACIENTE

Favor de llenarlo para el asegurado, el(la) cónyuge legal o el(los) menor(es) dependiente(s) que sean el paciente de esta demanda de seguro. El(Los) menor(es) dependiente(s) tiene(n) que cumplir los términos de la elegibilidad conforme a su plan

Nombre (nombre, inicial, apellido)	Relación/parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
	<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Menor dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Menor dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Menor dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

TERCERA SECCIÓN: DATOS DE LA DEMANDA DE SEGURO

- El problema médico o el tratamiento corresponden a uno de los siguientes (favor de marcar uno):
 - Una enfermedad que se diagnosticó antes de inscribirse en el Presbyterian Health Plan
 - Accidente de auto
 - Empleo del paciente
 - Otro accidente
 - Otro (favor de describirlo): _____Favor de proporcionar los detalles, incluso la fecha y el tipo de problema médico o tratamiento que marcó más arriba. Adjunte otras hojas más si necesita más espacio: _____
- La fecha de su primera consulta por este problema médico: Haga clic o presione para ingresar una fecha
- ¿Ha tenido el paciente alguna vez los mismos síntomas? Sí No
- ¿Tiene el paciente alguna otra cobertura de seguro médico? Sí No
Si respondió afirmativamente, favor de apuntar la información siguiente:
Titular de la póliza de seguro: _____ Número de la póliza: _____
Nombre de la compañía de seguros: _____

CUARTA SECCIÓN: DATOS DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE LE ATENDIÓ

Nombre del proveedor:	NPI:	Número de impuestos:		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Número de teléfono (incluya el prefijo):	Dirección de correo electrónico:			

QUINTA SECCIÓN: FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA

Favor de pagar la demanda de seguro al: Asegurado Proveedor atención médica

Autorizo la divulgación de toda la información médica que sea necesaria para procesar esta demanda de seguro. Todos los asegurados de edad legal o los tutores legales o los padres de un menor asegurado tienen que firmar personalmente este formulario de demanda de seguro y poner la fecha.

Cualquier persona que a sabiendas presente una demanda de seguro falsa o fraudulenta por un pago o una pérdida o un beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y pudiera estar sujeto a multas civiles y sanciones penales.

_____ Nombre del asegurado (en letra de molde) (Tutor legal, si el asegurado es menor de edad)	X _____ Firma del asegurado (obligatoria) (Tutor legal, si el asegurado es menor de edad)	_____ Fecha de hoy
_____ Nombre del(de la) cónyuge del asegurado (en letra de molde) (Si es la persona que entrega la demanda de seguro)	X _____ Firma del(de la) cónyuge (obligatoria) (Si es la persona que entrega la demanda de seguro)	_____ Fecha de hoy

Para información sobre el aviso de no discriminación de Presbyterian Health Plan, vaya a <https://www.phs.org/nondiscrimination>. Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [National Committee for Quality Assurance, NCQA] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan, SNP] hasta el 2025.