PRESBYTERIAN

Presbyterian Health Plan, Inc.
Presbyterian Insurance Company, Inc.

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	O	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:**

☐ Nombre del paciente
☐ Fecha en que se prestó cada servicio
☐ Descripción detallada del servicio o el código del procedimiento
☐ Cantidad del cobro por cada procedimiento
☐ Código del diagnóstico
☐ Constancia de pago
☐ Nombre y ubicación del consultorio del proveedor atención médica
☐ Número de impuestos federal
☐ 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 ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Nº del asegurado:		
			Nº 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)
	☐ Asegurado ☐ Cónyuge ☐ Menor dependiente	☐ M ☐ F	
	☐ Asegurado ☐ Cónyuge ☐ Menor dependiente	☐ M ☐ F	
	☐ Asegurado ☐ Cónyuge ☐ Menor dependiente	☐ M ☐ F	

TERCERA SECCIÓN: DATOS DE LA DEMANDA DE SEGURO

1. 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: _____
   _____
2. La fecha de su primera consulta por este problema médico: Haga clic o presione para ingresar una fecha
3. ¿Ha tenido el paciente alguna vez los mismos síntomas? ☐ Sí ☐ No
4. ¿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.

	X	
Nombre del asegurado (en letra de molde) (Tutor legal, si el asegurado es menor de edad)	**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**

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. Los planes de

Presbyterian Medicare Advantage incluyen Presbyterian Senior Care (HMO) / (HMO-POS), Presbyterian UltraFlex (HMO-POS), Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) y Presbyterian MediCare PPO. Los fondos que financian dichos servicios provienen, en parte, del estado de Nuevo México.

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Si necesita ayuda lingüística, están a su disposición dichos servicios sin costo alguno. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted prefiere hablar en español, están a su disposición servicios gratuitos de ayuda lingüística. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Para más información, visite **https://www.phs.org/nondiscrimination**.