

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR EL SUSCRIPTOR

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE										
1. NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE, INICIAL)					7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (CONTRATO) DEL PACIENTE SUSCRIPTOR (INCLUYA EL ALFA-PREFIJO) Z U _____					
2. DIRECCIÓN 1 (Use si es diferente a la dirección del asegurado principal)					8. SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE			9. NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO		
3. DIRECCIÓN 2					10. NÚMERO DE FAX			11. NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO		
4. CIUDAD/PUEBLO		5. ESTADO	6. CÓDIGO POSTAL		12. NÚMERO DE GRUPO (Ver Tarjeta del Plan)			13. NOMBRE DEL GRUPO		
B. INFORMACIÓN DEL OTRO SEGURO (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS)										
14. ¿TIENE EL PACIENTE ALGUNA OTRA CUBIERTA DE SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ					15. ¿ES ELEGIBLE A MEDICARE EL PACIENTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ					
Si contestó SÍ, complete la siguiente información:					If SÍ, include Medicare HICN (Claim Number) below:					
16. NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGURO O PLAN MÉDICO					17. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE (HICN) <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B					
18. NÚMERO DE PÓLIZA			19. NÚMERO DE GRUPO							
20. NÚMERO DE TELÉFONO DEL OTRO SEGURO			21. NÚMERO DE FAX DEL OTRO SEGURO							
22. DIRECCIÓN DEL OTRO SEGURO					23. PARA USO DE TRIPLE-S SALUD SOLAMENTE					
C. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN (Complete solamente si la reclamación es producto de una lesión accidental)										
24. LA CONDICIÓN O LESIÓN DEL PACIENTE SE RELACIONA A: <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN EL TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/> OTRO ACCIDENTE, describa: _____										
25. FECHA DEL ACCIDENTE (MES/DÍA/AÑO) / /		26. HORA DEL ACCIDENTE AM / PM		27. ¿EL ACCIDENTE FUE CAUSADO POR OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		28. ¿PUEDE SER CONSIDERADA LEGALMENTE RESPONSIBLE ESA PERSONA POR ESTE ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ				
D. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE										
29. CERTIFICO que la información provista en este formulario de reclamación es correcta y completa y que estoy reclamando beneficios solamente para los cargos incurridos por el paciente indicado arriba. AUTORIZO a cualquier hospital, médico, institución de servicios de salud o proveedor que participó en el cuidado de salud del paciente a divulgar a TRIPLE-S SALUD o sus representantes autorizados, toda información médica o de otra índole solicitada con el propósito de evaluar y procesar esta reclamación de beneficios.										
FIRMA DEL PACIENTE, SUSCRIPTOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO							FECHA			
D. INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS O SUPLIDOS MÉDICOS										
30. NOMBRE DEL PROVEEDOR / SUPLIDOR				31. ID PROVEEDOR/SUPLIDOR (National Provider Identifier -NPI) <input type="checkbox"/> EIN <input type="checkbox"/> NPI				32. NÚMERO LICENCIA DEL PROVEEDOR		
33. DIRECCIÓN PROVEEDOR / SUPLIDOR				34. ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR				35. NÚMERO DE CUENTA/RECORD PACIENTE		
36. DIAGNÓSTICO ICD				36. SERVICIOS PRESTADOS EN: <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Fuera de P.R. ó EE.UU.				37. NÚMERO TELÉFONO PROVEEDOR		
				Indique dónde: _____				39. NÚMERO DE PREAUTORIZACIÓN DEL PLAN		
E. DETALLE DE SERVICIOS										
FECHA DE SERVICIO		TIPO	LUGAR DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO	MOD	DÍAS/ UNIDADES	USO DE TRIPLE-S SALUD	TOTAL PAGADO	USO DE TRIPLE-S SALUD
DESDE MM/DD/AAAA	HASTA MM/DD/AAAA									
1										
2										
3										
4										
5										
6										
FIRMA DEL MÉDICO O SUPLIDOR INCLUYENDO GRADOS O CREDENCIALES				SELLO TIMBRADO DEL PROVEEDOR/SUPLIDOR				USO DE TRIPLE-S SALUD SOLAMENTE		
FIRMA				FECHA						