

# Reclamos Internacionales:

Delta Health Systems

PO Box 80

Stockton, CA 95201-3080



## Formulario de Reclamos Médicos Internacionales

Véase las instrucciones en la página dos de este formulario antes de llenarlo. Favor escribir a máquina o con letra de molde clara.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EMPLEADO

1a. ID DE ASISTENCIA DE EMPLEADO:		Véase su tarjeta de ID médico para su ID de Asistencia de Salud: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td><b>D</b></td></tr></table>						-							<b>D</b>
				-							<b>D</b>				
1b. Nombre del Empleado		1c. Nacimiento del Empleado / /		1d. Domicilio del Empleado <input type="checkbox"/> NUEVO Domicilio: _____ _____											
1e. Nombre del Paciente		1f. Nacimiento del Paciente / /		Ciudad, Estado, Código Postal: _____ _____											
		1g. Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Relación del Paciente al Empleado <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Compañero Doméstico <input type="checkbox"/> Otro											
2a. OTRA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD: ¿Se cubre el paciente por otro plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así favor de llenar las secciones 2b-2h.															
2b. Nombre de la compañía de aseguradora		2c. Fecha efectiva / /		2d. Fecha de Terminación / /		2e. Número de ID									
2f. Nombre del Suscrito:		2g. Nacimiento del Suscrito / /		2h. Clase de Cobertura <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Medicina											

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR O DISTRIBUIDOR

3a. ¿Se relaciona la condición a un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, favor de proveer: Fecha del Accidente: _____ Lugar: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Otro:				
¿Se relacionó el tratamiento con un accidente o condición del trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3b. Nombre y domicilio o centro donde se rindieron los servicios:			3c. Para servicios relacionados a hospitalización: Matriculación: / / Despedida: / /	
3d. Diagnóstico – Describa enfermedad, lastimadura o síntomas que requieren tratamiento				
3e. Cargos – Use una línea distinta para alistar cada tipo de servicio y adjunte facturas para todo servicio. Las facturas deberían estar en Inglés y con dinero Americano, cuando lo sea posible.				
A. Fecha de Servicios	B. Nombre y domicilio del Proveedor	C. Tipo de Proveedor	D. Descripción de Servicios	E. Cargos

4. Yo certifico que lo precedente está completo y correcto y estoy afirmando tener beneficios solamente para los cargos incurridos por el paciente nombrado arriba. Entiendo que todo servicio se tiene que pagar en su totalidad a la hora de administración de los servicios y recibiré cualquier reembolso por Delta Health Systems para cargos elegibles.

Firma de Empleado o Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

International Claims:  
Delta Health Systems  
PO Box 80  
Stockton, CA 95201-3080



## Instrucciones para el Formulario de Reclamos Médicos Internacionales

### Información General

El Formulario de Delta Health Systems para Reclamos Médicos Internacionales se debe usar para entregar reclamos institucionales y profesionales para servicios cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos. Para instrucciones de como entregar otros tipos de reclamos (es decir, dental, recetas, etc) véase su tarjeta ID o contáctese con Delta Health Systems para más ayuda. Si llama desde fuera de los EEUU, favor de llamar el (209) 948-8483.

El formulario para reclamos internacionales se tiene que llenar completamente para cada paciente y ser acompañadas con facturas del proveedor de servicios. Siempre y cuando sea posible, favor de proveer las facturas en Inglés y dinero Americano.

**Asegúrese de mantenerse fotocopias de toda factura y cualquier documentación pertinente para sus archivos personales.**

### DETALLES IMPORTANTES QUE RECORDAR:

- Verifique que los beneficios internacionales están cubiertos al repasar su documento del resumen del plan que se provee por parte de su empleador **antes de viajar fuera de los Estados Unidos**. Sus beneficios pueden variar mientras anda fuera del país y no se garantían. Si requiere más asistencia, favor de contactarse con el Departamento de Servicios Clientelas de Delta Health Systems.
- Siempre cargue su identificación médica con siglo.
- En caso de emergencia vaya directamente al doctor o el hospital más próximo y demuéstreles una copia de su tarjeta de identificación médica. Los servicios de Emergencia y Ayuda Urgente se cubren mientras viaja fuera de los EEUU.
- Cheques que se proveen para reembolsos elegibles se mandarán por el correo al participante solo hasta un domicilio dentro de los EEUU.

### Instrucciones para el Formulario de Reclamos Internacionales

Favor de llenar a totalidad cada línea del formulario de reclamos para eliminar cualquier retraso con el proceso de su reclamo. Si la información que se solicita no le aplica al paciente, indique con N/A (No Aplica). Debe ponerse bastante atención al llenar lo siguiente:

#### 2. Otra Cobertura de Seguro de Salud

Favor de llenar las líneas en la sección numero 2, artículos a-h, si el paciente tiene alguna cobertura bajo otro seguro. Es especialmente importante indicar el nombre y domicilio de la otra compañía de seguros y la póliza o número de identificación de esa cobertura así como el nombre y la fecha de nacimiento del suscrito.

#### 3. Información del Proveedor o Distribuidor

Favor de alistar toda factura, declaración o cargos que se incluyen en este formulario de reclamos. Aunque las facturas también se deben entregar, la información que usted provee nos ayudará a procesar el reclamo a tiempo y concienzudamente. Si se requiere más espacio, favor de usar una hoja adicional.

- 3a. ¿Se relaciona la condición a un accidente? Favor de indicar el Sí o No y proveer cualquier información que usted tenga con respecto al partido responsable de todo cargo.
- 3b. Favor de proveer el nombre y el domicilio del centro en donde se proveyeron los servicios.
- 3c. Si el paciente fue hospitalizado favor de proveer las fechas de su matriculación y despedida.
- 3e. Plenamente describa los procedimientos, servicios médicos o provisiones provistos para cada fecha de servicio provisto y explique cualesquier circunstancias o servicios inusuales. Favor de adjuntar toda factura, declaración o recibo del proveedor de servicios.
  - a. Fecha de Servicios – fechas inclusivas se pueden indicar para facturas que contienen varias fechas de servicio
  - b. El Nombre y domicilio del proveedor de servicios
  - c. Descripción de servicios – por ejemplo: matriculación al hospital, visita de oficina, radiografías, pruebas de laboratorio, cirugía, etc.
  - d. Cargos – las facturas se tienen que separar por línea para demostrar el cargo para cada servicio. Si la factura se ha pagado, favor de indicar la fecha que se pagó inclusive la cantidad, número del cheque, etc.

#### 4. Firma

El Formulario de Reclamos Médicos Internacionales requiere firma y fecha por parte del suscrito, cónyuge o paciente.

#### Información sobre las Facturas

Cada factura original de los proveedores se tiene que adjuntar y debe contener lo siguiente para asegurar el proceso de su(s) reclamo(s).

- El Nombre y domicilio de la persona o proveedor desarrollando el servicio
- El Nombre completo del paciente recibiendo el tratamiento
- La fecha de cada servicio provisto
- La descripción y cargo de cada servicio