

RECLAMACIÓN POR SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

Para ver la información completa de sus beneficios de atención médica de emergencia, o los copagos, deducibles o coseguros que debe pagar, consulte su folleto de *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage).

Nota: Si otro plan médico le brinda su cobertura de salud principal, primero debe presentar su reclamación ante ese plan. Si queda un saldo pendiente una vez que su plan médico principal tome una decisión sobre su reclamación, puede presentar una reclamación ante Kaiser Foundation Health Plan para que cubra la diferencia. Llene el formulario adjunto de Reclamación por pago de servicios médicos de emergencia y envíelo con una copia de la Explicación de beneficios de su otro plan. También adjunte una copia de todas las facturas detalladas relacionadas. Consulte su folleto de *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage) para obtener más información.

Instrucciones

Para solicitar el reembolso de los servicios médicos de emergencia recibidos en un centro de atención que no es de Kaiser Permanente:

1. Llene ambas caras del formulario adjunto de Reclamación por pago de servicios médicos de emergencia.
2. Adjunte toda la información adicional correspondiente que se solicite en el reverso del formulario de Reclamación.
3. Firme y escriba la fecha en el formulario.
4. Separe y guarde esta hoja de instrucciones y haga una copia del formulario de Reclamación por pago de servicios médicos de emergencia para su archivo.
5. Envíe su formulario llenado, junto con cualquier factura detallada, a una de las siguientes direcciones:

Para miembros del Sur de California:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Para miembros del Norte de California:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

Procesaremos su reclamación en cuanto recibamos este formulario con todos los datos solicitados. Le informaremos si necesitamos información adicional. Para obtener más información sobre nuestros plazos de procesamiento de reclamaciones, consulte su *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage).

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios de Reclamaciones (claim services) al **1-800-390-3510**.



Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
División de California

Obligatorio

N.º de historia clínica: _____

Nombre: _____

RECLAMACIÓN POR SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

PARA QUE CONSIDEREMOS EL PAGO DE SU RECLAMACIÓN:

- DEBE LLENAR LOS DOS LADOS DE ESTE FORMULARIO.
- DEBEN ADJUNTARSE TODAS LAS FACTURAS DETALLADAS DE ESTA EMERGENCIA.
- ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR FIRMADO. VEA A CONTINUACIÓN.
- EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, SE PAGARÁ AL PROVEEDOR, A MENOS QUE EL MIEMBRO O LOS PROVEEDORES PRESENTEN UN COMPROBANTE DE PAGO.
- LOS PAGOS DE RECLAMACIONES POR SERVICIOS RECIBIDOS EN EL EXTRANJERO SE HARÁN AL MIEMBRO CUANDO EL MIEMBRO, O EL REPRESENTANTE LEGAL, FINANCIERO O PATRIMONIAL, PRESENTE UN COMPROBANTE DE PAGO DOCUMENTADO, CUANDO SE IDENTIFIQUE DEBIDAMENTE PARA MIEMBROS DIFUNTOS.

NOMBRE DEL PACIENTE	APELLIDO	NOMBRE	INICIALES	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL PACIENTE	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	APELLIDO	NOMBRE	INICIALES	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PACIENTE DURANTE EL DÍA
DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

LUGAR DONDE SE ENFERMÓ/LESIONÓ	CIUDAD	ESTADO/PAÍS	FECHA DEL INCIDENTE	HORA	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.
LUGAR DONDE SE BRINDÓ LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	CIUDAD	ESTADO/PAÍS	FECHA DEL TRATAMIENTO	HORA	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.

¿TIENE EL PACIENTE COBERTURA DE MEDICARE U OTRO SEGURO MÉDICO?
 Sí No

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA/SUSCRIPTOR

SI RESPONDE QUE SÍ, NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

DIRECCIÓN

TELÉFONO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

DIRECCIÓN

TELÉFONO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR

¿TIENE COBERTURA MÉDICA COMO PARTE DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DE AUTOMÓVIL?
 Sí No

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

SI RESPONDE QUE SÍ, NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

DIRECCIÓN

TELÉFONO

NÚMERO DE PÓLIZA

DESCRIPCIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO DE CÓMO SUCEDIÓ LA EMERGENCIA

¿POR QUÉ NO RECIBIÓ EL PACIENTE TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE KAISER PERMANENTE?

¿SE UTILIZÓ UNA AMBULANCIA? Sí No

¿QUIÉN LLAMÓ PARA SOLICITAR LA AMBULANCIA?
 Paciente Kaiser Permanente Policía/Bomberos Otro (especifique) _____

SI FUE HOSPITALIZADO:	FECHA DE ADMISIÓN	FECHA DEL ALTA	¿EL PACIENTE FALLECIÓ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			¿EL PACIENTE MURIÓ COMO RESULTADO DE LA EMERGENCIA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Autorizo a _____ (nombres de los proveedores) a divulgar cualquier y toda información, incluidos los expedientes médicos o del hospital, relacionada con los servicios de atención médica que me brindaron en la fecha o en el periodo indicado en esta Reclamación por servicios médicos de emergencia. Entiendo que esta información es necesaria para que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. pueda procesar mi reclamación para el pago de estos servicios.

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA: FIRMA DE LOS PADRES SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD	FECHA EN LA QUE SE FIRMA
--	--------------------------

Obligatorio

N.º de historia clínica: _____

Nombre: _____

RECLAMACIÓN POR SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA (Continuación)

¿CUÁNDO INFORMÓ A KAISER PERMANENTE?	¿CON QUIÉN HABLÓ?
NOMBRE DE SU MÉDICO DE KAISER PERMANENTE	¿EN QUÉ CONSULTORIO MÉDICO DE KAISER PERMANENTE RECIBE CUIDADOS DE RUTINA?

¿LA ENFERMEDAD O LESIÓN ESTABA RELACIONADA CON SU TRABAJO?
 Sí No

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ADJUNTE UNA EXPLICACIÓN DEL PAGO O DE LA NEGACIÓN DEL ADMINISTRADOR DE WORKERS' COMPENSATION (SEGURO DE LOS TRABAJADORES).

¿LA LESIÓN FUE PRODUCTO DE UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO?
 Sí No

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ENVÍE UNA COPIA DE LA PORTADA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DEL AUTOMÓVIL EN EL QUE VIAJABA EL PACIENTE. INDIQUE SI EL PACIENTE ERA EL CONDUCTOR O UN PASAJERO.

¿LA LESIÓN FUE CAUSADA POR OTRA PERSONA?
 Sí No

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, NOMBRE AL TERCERO CONTRA EL QUE TIENE UN NÚMERO DE PÓLIZA DE RECLAMACIÓN

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DEL TERCERO

Si ha contratado a un abogado, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de su abogado

NOMBRE DEL ABOGADO	DIRECCIÓN	TELÉFONO ()

Asegúrese de incluir la siguiente información para ayudar a acelerar el proceso de la reclamación.

Adjunte toda la información adicional correspondiente solicitada en este formulario y haga una copia de esta información para su archivo.

Asegúrese de incluir su nombre y número de historia clínica en cada documento y presente la siguiente información: documentación del representante legal, financiero o patrimonial para miembros difuntos, si corresponde, para que podamos procesar su reclamación.

La siguiente información se requiere para todas las reclamaciones:

- facturas detalladas
- historias clínicas o informes que usted pueda tener en su posesión o por medio de los cuales usted tiene acceso a los recibos de pago
- número de historia clínica (que concuerde con el número de historia clínica que aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente)

Requisitos para el reembolso de reclamaciones en el extranjero:

1. Comprobante de pago: recibo o estado de cuenta del banco, copias de los cheques originales (del frente y del reverso).
2. Comprobante de pago farmacéutico: inclúyalo con el formulario de reclamación y proporcione copias.
3. Comprobante de viaje: documentación de viaje, por ejemplo, copia del itinerario de viaje o boletos de avión.
4. Diagnóstico anotado en el formulario de reclamación.
5. Copias de las facturas originales detalladas por servicios: profesionales, de hospital y de la farmacia.
6. Historias clínicas de respaldo correspondientes: copias del informe médico original, notas de la admisión, registros de la sala de emergencias e informe de la consulta: **si es posible, traducidos al inglés antes de presentarse.**