

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1. **Este formulario puede usarse para todas las reclamaciones médicas, dentales, de visión y de medicamentos recetados.** El formulario solo debe completarse si el proveedor no presenta la reclamación en su nombre. Las reclamaciones fuera de la red pueden ser presentadas por el proveedor si el proveedor está dispuesto a presentarlas por usted.
2. Debe enviarnos una factura detallada del proveedor para que podamos procesar su reclamación. No se aceptan recibos, estados de saldo adeudado ni cheques cancelados.
3. Las facturas detalladas del proveedor deben incluir:

Nombre del empleado	Nombre del proveedor	Fecha del servicio
Nombre del paciente (si no es el empleado)	Dirección del proveedor	Código de diagnóstico
Tipo de servicio (código CPT)	Número de identificación fiscal del proveedor	Cargo por el servicio
4. Si está completando este formulario en línea o desde un correo electrónico, haga clic en cada campo e ingrese su información.
5. Si está completando este formulario a mano, use una copia recién impresa (no una fotocopia). Escriba con claridad y use tinta negra.
6. **Debemos recibir su reclamación dentro del plazo de presentación de su plan para que sea elegible para el pago.** Consulte su documento del plan para obtener más detalles. Puede encontrarlo en su sitio de beneficios o llamar al número de miembro que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios.
7. Use un formulario de reclamación separado para cada proveedor y cada miembro de la familia. Puede obtener un nuevo formulario en su sitio de beneficios o llamando al número de miembro que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios.
8. Para ayudarnos a procesar su reclamación correctamente, incluya su número de identificación de miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación de beneficios.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Después de que se procese su reclamación, recibirá una Explicación de Beneficios (EOB) que muestra lo que el proveedor cobró, lo que su plan pagó y el monto que aún le debe al proveedor, si corresponde. Conserve su EOB para sus registros.

CÓMO PRESENTAR

- **Correo:**
PO Box 1015
Southeastern, PA 19398-9901
- **Correo electrónico:** claimsubmission@ebms.com
- **Fax:** 972-470-5450

¿NECESITA AYUDA?

Llame al número de miembro que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios o visite su sitio de beneficios.

EBMS

PO Box 1015

Southeastern, PA 19398-9901

Fax: 972-470-5450

Declaración de Reclamo**PART A – Información del empleado**

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	3. Fecha de nacimiento	4. Número de Seguro Social
5. Dirección del domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	6. Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a		

PART B – Información del paciente y autorización para divulgar información

7. El reclamo es para: ☐ Usted mismo/a (si es usted mismo/a, pase a la pregunta 12) ☐ Cónyuge ☐ Dependiente	8. Nombre del paciente	9. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	10. Fecha de nacimiento
11. Empleado, responda únicamente en caso de reclamos de un hijo dependiente no casado: El hijo es: ☐ Hijo natural ☐ Hijastro/a ☐ Hijo de crianza ☐ A doptado legalmente ☐ Nieto del cual usted es tutor legal ¿Es el hijo de 19 a 26 años elegible para cobertura patrocinada por un empleador que no sea la de uno de los padres? ☐ Sí ☐ No (si la respuesta es sí, complete la pregunta 21) ¿Los padres biológicos están divorciados o separados? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene usted la custodia del hijo? ☐ Sí ☐ No ¿El padre biológico sin custodia tiene responsabilidad financiera por el seguro médico? ☐ Sí ☐ No (si la respuesta es sí, complete la pregunta 21)			
12. Motivo del reclamo ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Bienestar	13. Si es "Accidente," proporcione la fecha, el lugar y cómo ocurrió a continuación:		
14. ¿La enfermedad o el accidente estuvo relacionado con el trabajo? ☐ Sí ☐ No	Fecha	Lugar	¿Cómo ocurrió?
15. ¿Usted o el paciente recibió, buscó o buscará alguna compensación económica de cualquier persona o entidad que fue responsable de causar dicha lesión o enfermedad a usted o al paciente por el reclamo que se presenta? ☐ Sí ☐ No			
16. ¿Usted o el paciente recibió un descuento, crédito o reducción en alguno de los gastos presentados? ☐ Sí ☐ No	17. ¿El paciente estuvo incapacitado? ☐ Sí ☐ No (si la respuesta es sí, proporcione las fechas a continuación)		
Desde:		Hasta:	
18. ¿Su cónyuge está empleado? ☐ Sí ☐ No (si la respuesta es sí, complete la pregunta 19)	19. Nombre del cónyuge	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Nombre, dirección y número de teléfono del empleador del cónyuge			
20. ¿Usted o sus dependientes están cubiertos por algún otro seguro de grupo, plan de salud prepagado, Medicare u otro plan gubernamental? ☐ Sí ☐ No (si la respuesta es sí, complete la pregunta 21)			
21. Nombre del asegurado		Nombre de la compañía de seguro de grupo o del plan	
Número de certificado	Número de póliza	Dirección de la compañía de seguro de grupo o del plan (calle, ciudad, estado, código postal)	

22. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

AUTORIZO a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, otra instalación médica o relacionada con la medicina, organización de revisión por pares, compañía de seguros o reaseguros, Medical Information Bureau, Inc., agencia de informes del consumidor, empleador o administrador externo que tenga información disponible sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición física o mental y/o tratamiento de mí o de mis dependientes y cualquier otra información no médica de mí o de mis dependientes a proporcionar al titular de la póliza de grupo, mi empleador, administrador externo, IMAGINE360 o su representante legal toda dicha información.

ENTIENDO que IMAGINE360 utilizará la información obtenida mediante el uso de la autorización para determinar la elegibilidad para el seguro y la elegibilidad para los beneficios bajo una póliza existente. IMAGINE360 no divulgará ninguna información obtenida a ninguna persona u organización EXCEPTO al titular de la póliza de grupo, mi empleador, administrador externo, compañías de reaseguros, Medical Information Bureau, Inc., organización de revisión por pares, u otras personas u organizaciones que realicen servicios comerciales o legales en relación con el reclamo, o según pueda ser requerido legalmente o según yo autorice adicionalmente.

SÉ que puedo solicitar recibir una copia de esta autorización. ACEPTO que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como el original.

ACEPTO que esta autorización tendrá validez durante dos años y medio a partir de la fecha que se muestra a continuación, o durante la duración de este reclamo, si fuera más prolongada.

AVISO: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión. Consulte la advertencia de fraude correspondiente al estado en el que reside para obtener más información."

Fecha	Firma del empleado	Firma del cónyuge (para reclamos de dependientes)
-------	--------------------	---

PARTE C – Información del empleador

23. N.º de plan	N.º de empleador	Nombre del empleador
-----------------	------------------	----------------------

ADVERTENCIAS DE FRAUDE EN RECLAMOS

Las advertencias de fraude que se enumeran a continuación son aplicables en los siguientes estados:

Alabama: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a restitución, multas o reclusión en prisión, o cualquier combinación de estos.

Alaska: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada conforme a la ley estatal.

Arizona: Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

Arkansas: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir reclusión en prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o reclamante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera con fondos del seguro deberá ser reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Delaware: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador con el propósito de defraudar al asegurador o a cualquier otra persona. Un asegurador puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa materialmente relacionada con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Idaho: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a un asegurador presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

Kansas: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente, haga que se presente o prepare con conocimiento o creencia de que un asegurador, supuesto asegurador, corredor o cualquier agente de los mismos se presentará ante o por parte de un asegurador, supuesto asegurador, corredor o cualquiera de sus agentes, cualquier comunicación o declaración escrita, electrónica, de impulso electrónico, facsímil, magnética, oral o telefónica como parte de, o en apoyo de, una solicitud para la emisión de, o la calificación de una póliza de seguro para seguro personal o comercial, o un reclamo de pago u otro beneficio conforme a una póliza de seguro para seguro comercial o personal que dicha persona sabe que contiene información materialmente falsa concerniente a cualquier hecho material al respecto; u oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material al respecto, comete un acto fraudulento de seguro.

Kentucky: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material al respecto, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito.

Luisiana: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Maine: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir reclusión en prisión, multas o una denegación de beneficios del seguro.

Maryland: Cualquier persona que a sabiendas y voluntariamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas y voluntariamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Minnesota: Una persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar, o ayuda a cometer un fraude contra un asegurador, es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguro, según lo dispuesto en RSA 638:20.

Nueva Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Nuevo México: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Nueva York: GENERAL: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar información relativa a cualquier hecho material al respecto, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación de este tipo.

Ohio: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente cualquier reclamo por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Oregón: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o solicitar a otra persona que defraude a un asegurador: (1) al presentar una solicitud, o (2) al presentar un reclamo que contenga una declaración falsa sobre cualquier hecho material al respecto, puede estar cometiendo un acto fraudulento de seguro, que puede ser un delito y puede someter a la persona a sanciones penales y civiles.

Pensilvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar información relativa a cualquier hecho material al respecto, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

Rhode Island: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Tennessee: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Texas: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión estatal.

Virginia: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Washington: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de beneficios de seguro.

Virginia Occidental: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.