

# COMO PREENCHER UM FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO

TODAS AS INFORMAÇÕES DEVEM SER PREENCHIDAS PELO ALUNO

## MEDICAL EXPENSE Claim Form and Instructions



**1. Inserir as informações do aluno**  
Esta seção solicita informações de identificação básicas, como nome, endereço e identificação estudantil. Os alunos estrangeiros devem usar seu endereço atual nos Estados Unidos e não seu endereço permanente em seu país de origem. Para "Nome do Patrocinador do Programa do Plano", escreva "GeoBlue."

**2. Outro seguro de saúde**  
Esta seção solicita informações caso o aluno tenha outro seguro de saúde. Se o aluno não tiver outro plano de seguro, preencha a opção "Não".

**3. Diagnóstico**  
Esta seção solicita todos os detalhes da doença ou lesão. Se estiver reportando uma lesão, é importante que o administrador do requerimento compreenda se o ferimento ocorreu no trabalho, durante a participação em algum evento esportivo ou em um acidente de trânsito.

**4. Cobranças**  
Esta seção solicita uma lista detalhada com informações sobre cada atendimento ou prestador de cuidados médicos. Escreva o nome do prestador, seu endereço, o diagnóstico, o tipo de atendimento, as datas do atendimento e todas as cobranças devidas, anexando seus recibos.

**5. Reembolso do requerimento**  
Esta seção informa o administrador de requerimentos sobre a quem os pagamentos devem ser feitos.

**6. Assinatura e data**  
Esta seção autoriza a divulgação de informações pessoais para que os prestadores de cuidados médicos e o administrador de requerimentos possam compartilhar informações médicas pertinentes.

1. PATIENT INFORMATION			
Member ID	Please enter Member ID as shown on card		
Patient's Name (Given Name, Family Name)	Patient's date of birth (MM/DD/YYYY)	Patient's Gender <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female	
Name of Insured Member (Given Name, Family Name)	Insured's date of birth (MM/DD/YYYY)	Patient's Relationship to Insured <input type="radio"/> Self <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Child	
Name of Plan Program Sponsor	Insured's current mailing address		
Member Email	Member Phone Number		

2. OTHER HEALTH INSURANCE			
Is the patient covered under other health insurance?		If YES, please complete this section	
<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO			
Name and address of other insurance company		Name of the Policy Holder	
Policy Holder's Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Policy or identification number of other coverage	Effective Date (MM/DD/YYYY)	Termination Date (MM/DD/YYYY)

3. DIAGNOSIS – describe illness, injury or symptoms requiring treatment			
IF IN AN ACCIDENT			
Date of Accident (MM/DD/YYYY)	Place of Accident		
Date of Doctor/Hospital Visit (MM/DD/YYYY)	Was the injury a result of participation in an Intercollegiate Sport?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	Was this an Auto Accident? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
Description/Details of Injury (attach additional notes if necessary)			
IF SICKNESS/ILLNESS			
Onset Date of Symptoms (MM/DD/YYYY)	Date of Doctor/Hospital Visit (MM/DD/YYYY)		
Have you had this Sickness/Illness before?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	If YES, when was the last occurrence and/or doctor/hospital visit?	
Description/Details of Illness (attach additional notes if necessary)			

4. CHARGES – use a separate line to list each type of service or provider and attach itemized bills for all services				
Name, City & Country of provider making charge	Diagnosis	Description of service (Office Visit, X-ray, Prescription, etc.)	Dates of Service (MM/DD/YYYY)	Charges (Please indicate currency)

5. CLAIM PAYMENT REIMBURSEMENT		
Have these doctor/hospital bills been paid by you?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	If YES, payment will be made to Primary Insured via Check (payable in US\$ and mailed to the address indicated above)
If NO, do you authorize payment to the provider of service for medical services claimed?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	If payment is to be paid to an international provider, please ensure bank information is on the provider invoice. See Filing Instructions for non-international provider payments

6. SIGNATURE	
I certify the above is complete and correct and that I am claiming benefits only for charges incurred by the patient named above. Authorization is hereby given to any provider of service, that participated in any way in the patient's care, to release to GeoBlue and its business associates in any country any medical or other personal information that they deem necessary to provide service or adjudicate this claim, recognizing that applicable law concerning personal information may differ among countries. Please see the back of this form for important information.	
Signature of Insured member or patient	Date

GeoBlue Student Claim Rev. 04/16

- 7. IMPORTANTE**  
Este formulário deve ser preenchido e devolvido para a empresa no prazo de 90 dias a contar da data do atendimento, acompanhado por todas as contas incorridas até essa data. Por favor, inclua contas detalhadas.
- 8. ANEXAR ENCAMINHAMENTO DO CENTRO DE SAÚDE ESTUDANTIL**  
Se for necessário um encaminhamento do centro de saúde, ou se a franquia for dispensada com um encaminhamento de um centro de saúde, certifique-se de incluir guia de encaminhamento do centro de saúde.
- 9. ANEXAR CONTAS DETALHADAS**  
Certifique-se de enviar todas as contas detalhadas, assim como recibos dos medicamentos prescritos, se houver, com o formulário de requerimento. Recomenda-se incluir seu nome e número de identificação estudantil em todas as contas que anexar.
- 10. ENVIE O FORMULÁRIO PREENCHIDO PELO CORREIO PARA: GeoBlue, P.O. BOX 21974, Egan, MN 55121**