

CÓMO COMPLETAR UN FORMULARIO DE RECLAMO

EL ESTUDIANTE DEBE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN

MEDICAL EXPENSE Claim Form and Instructions

GeoBlue

GeoBlue is the trade name of Worldwide Insurance Services, LLC, an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

1. Ingresar información del estudiante

Esta sección requiere información de identificación básica, tal como nombre, dirección e identificación de estudiante. Los estudiantes extranjeros deberán usar su domicilio actual en EE. UU., no su domicilio real en el exterior. Bajo "Nombre del patrocinador del programa del plan," escriba "GeoBlue."

2. Otro seguro de salud

Esta sección requiere información respecto a si el estudiante tiene otro seguro. Si no tiene cobertura de otro plan de salud, seleccione la casilla "No".

3. Diagnóstico

Esta sección solicita todos los detalles de la enfermedad o lesión. Si informa una lesión, es importante que el administrador de reclamos entienda si la lesión se produjo en el lugar de trabajo, mientras practicaba deportes o mientras viajaba en un automóvil.

4. Cargos

Esta sección requiere una lista detallada de cada servicio o proveedor. Escriba el nombre del proveedor, su ubicación, el diagnóstico, el tipo de servicio, las fechas del servicio y todos los cargos incurridos y adjunte sus recibos.

5. Solicitud de devolución de pago

Esta sección le indica al administrador de reclamos a quién deben efectuarse los pagos.

6. Firma y fecha

Esta sección se usa como divulgación de información personal para que los prestadores médicos y el administrador de reclamos puedan compartir información médica pertinente.

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?		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO		If YES, please complete this section	
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?		Was this an Auto Accident?	
		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO		<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?		If YES, when was the last occurrence and/or doctor/hospital visit?			
		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO			
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 formulario se debe completar y devolver a la compañía dentro de los noventa días a partir de la fecha de tratamiento, junto con todas las facturas que se hayan abonado hasta esa fecha. Incluya facturas detalladas.

8. ADJUNTE DERIVACIÓN DEL CENTRO MÉDICO ESTUDIANTIL

Si se requiere derivación a un centro médico, o si se exime el deducible mediante la derivación a un centro médico, asegúrese de incluir dicha derivación.

9. ADJUNTE FACTURAS DETALLADAS

Asegúrese de enviar todas las facturas detalladas, así como los recibos de medicamentos recetados, si corresponde, junto con el formulario de reclamo. Es conveniente escribir su nombre y número de estudiante en todas las facturas que adjunta.

10. Envíe por CORREO EL FORMULARIO COMPLETO A: GeoBlue, P.O. Box 21974, Eagan, MN 55121