

CÓMO COMPLETAR UN FORMULARIO DE RECLAMO

EL ESTUDIANTE DEBE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN

MEDICAL EXPENSE Claim Form and Instructions



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?	<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 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