



FORMULARIO DE RECLAMOS DE SEGURO MEDICO

Enviar todos los reclamos a:

Capitol Administrators, Inc., P.O. Box 2318
 Rancho Cordova, CA 95741-2318

Para más información llama al (800) 331-5301

INSTRUCCIONES IMPORTANTES

- USE UN FORMULARIO DE RECLAMACION SEPARADO PARA CADA MIEMBRO DE FAMILIA O IMPRIMA TODA INFORMACION
- COMPLETE TODOS LOS ARTICULOS COMPLETAMENTE (SI CORRESPONDE)
- FIRMAR Y FECHAR EL FOLMULARIO EN LOS ESPACIOS PROPORCIONADOS
- SI CAPITOL ES SU SEGURO SECUNDARIO, ADJUNTE UNA COPIA DE LA EXPLICACION DE BENEFICIOS (EOB) DE SU PROVEEDOR PRINCIPAL.
- ADJUNTE EL (LOS) RECIBO (S) ORIGINAL (ES) PARA LOS SERVICIOS DE ESTE PROVEEDOR (NO PODEMOS ACEPTAR RECIBO DE BALANCES: CAJA REGISTRADORA OR RECIBO (S) DE TARJETA DE CREDITO)

NOMBRE DEL EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADO

FECHA DE NACIMIENTO
(mes, día, año)

SEXO

HOME ADDRESS STREET OR P.O. BOX NUMBER

CITY

ESTADO

CODIGO POSTAL

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO

OCCUPACION

CASADO/A
 SOLTERO/A

VIUDO/A
 DIVORCIADO

NOMBRE DEL CONYUGE

FECHA DE NACIMIENTO
(mes, día, año)

¿ESTA SU CONYUGE EMPLEADO?
 SI
 NO

IN CASO AFIRMATIVO, NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR

ESTA EL PACIENTE, O CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA MATRICULADO EN UN HMO, PPO O CUBIERTO BAJO CUALQUIER OTRO PLAN MEDICO, DENTAL O OTRO PLAN DE SEGURO SI NO

IN CASO AFIRMATIVO, DE EL NOMBRE Y LA DIRECCION DE LA HMO, LA INSTITUCION PPO, NOMBRE DEL EMPLEADOR O NOMBRE DE LA COMPANIA DEL OTRO GRUPO DE SEGURO.

INFORMACION DEL DEPENDIENTE

ES EL RECLAMO PARA ¿DEPENDIENTE? SI NO

NOMBRE DEL DEPENDIENTE SI NO ES CONYUGE

RELACION DEL DEPENDIENTE CON EL EMPLEADO

NOMBRE DE NACIMIENTO DEL DEPENDIENTE (Mes, día, año)

INFORMACION DEL PACIENTE Y DEL ASEGURADO (SUSCRIPTOR)

1. NOMBRE DEL PACIENTE (primer nombre, inicial, apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

3. NOMBRE DEL ASEGURADO (primer nombre, inicial, apellido)

4. DIRECCION DEL PACIENTE (Calle, ciudad, estado, código postal)

5. SEXO DEL PACIENTE
 M
 F

6. IDENTIFICACION DEL ASEGURADO, NUMERO MEDICARE Y O MEDICAL (incluya cualquier carta)

7. RELACION DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO

NUMERO DE GRUPO DEL ASEGURADO (o nombre del grupo)

9. OTRA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD- INGRESE - El nombre del portador de la póliza, nombre del plan, dirección y numero de póliza

10. WAS CONDITION RELATED TO:
 EMPLEO DEL PACIENTE
 ACCIDENTE DE AUTO

11. DIRECCION DEL ASEGURADO (Calle, ciudad, estado, código postal)

¹²⁻¹³ Certifico que el antedicho es completo y correcto y estoy reclamando ventajas solamente para los cargos por el paciente nombrado arriba. La autorización se otorga a cualquier hospital, medico u otro proveedor que haya participado de cualquier manera con el cuidado y tratamiento, o el plan de salud prepagado de la Compañía de seguros, empleador o grupo, el titular de la póliza, el portador del contrato o el administrador del plan de beneficios para liberar al administrador del plan anterior cualquier información médica y cualquier información sobre el empleo con respecto al paciente, que en su juicio consideren necesario para evaluar y administrar la reclamación de beneficios. Esta autorización es válida para la duración de la reclamación.

Sé que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y que su copia fotográfica es tan válida como el original.

FIRMA (DEL ASEGURADO O PERSONA AUTORIZADA)

FECHA



