



Reclamo para Afiliados a Planes Comerciales

Este formulario puede ser utilizado para los productos de Health Net of California, Inc., Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y Health Net Life Insurance Company o los productos ofrecidos por el grupo de su empleador. Complete el formulario de reclamo para cada afiliado que presente facturas para el reembolso de servicios cubiertos. Para evitar cualquier demora, asegúrese de responder a todas las preguntas de manera completa. **Adjunte las facturas totalmente detalladas y el comprobante de pago** o solicite a su médico que complete el reverso de este formulario.

Enviar a: Health Net of California
Commercial Claims
PO Box 14702
Lexington, KY 40512-4702

Para Oregon y Washington
Health Net Health Plan of Oregon, Inc.
Commercial Claims
PO Box 14130
Lexington, KY 40512-4130

Paso 1.

Información sobre el suscriptor - Se debe indicar el N.º del suscriptor para garantizar un procesamiento inmediato de esta solicitud

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	N.º del Suscriptor:	N.º del Grupo:
Dirección de residencia:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):	N.º de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja doméstica

¿El grupo está sujeto a ERISA? Generalmente, ERISA se aplica a todos los planes de salud del empleador. Las empresas unipersonales o las sociedades colectivas que no tienen empleados pueden no estar sujetas a ERISA. El grupo del suscriptor debe notificar a Health Net cuando ocurran cambios en el estado con respecto a ERISA.

Sí, el año del plan conforme a ERISA comienza en el mes de: _____

No, es un plan gubernamental, un plan público o un plan de la iglesia No, otro motivo (especifique): _____

Información sobre el paciente

El reclamo es para:
 Usted Cónyuge Pareja doméstica Hija Hijo Otro (especifique): _____

Información sobre el Cónyuge/Dependiente - Complete la información a continuación si el reclamo es para el cónyuge o dependiente

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	Fecha de nacimiento:
-----------	---------	-------------------------	----------------------

¿Recibió servicios de un médico de la red de Health Net? Sí No

¿Usted o su médico obtuvieron la certificación previa para la totalidad o una parte del reclamo? Sí No Fecha aprox.: _____

Información sobre otro seguro de salud

Nombre del médico que refiere:	¿La lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre del empleador:	Fecha en que ocurrió el accidente o apareció la enfermedad:
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Información sobre otro seguro de salud

¿El paciente está cubierto actualmente por otro seguro médico, incluido Medicare? Sí No

Para Medicare, indique las partes en las que está inscrito el afiliado:
 Parte A Parte B Parte D

Nombre de la otra compañía de seguros:	N.º de póliza:	Fecha de vigencia:	N.º de Identificación del/de la Afiliado/a:
Dirección de la compañía de seguros:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del titular de la póliza asegurado:	N.º de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
Nombre del empleador:	Dirección del empleador:	Ciudad:	Estado: Código postal: N.º de teléfono:

Autorización para obtener y divulgar información médica

Por medio del presente documento, autorizo a cualquier médico, profesional para el cuidado de la salud, hospital, clínica u otro centro relacionado desde el punto de vista médico a proporcionar a Health Net, sus agentes, personas designadas o representantes, toda información relativa al tratamiento médico para propósitos de revisión, investigación o evaluación de solicitudes o reclamos. Además, autorizo a Health Net, sus agentes, personas designadas o representantes, a divulgar a un hospital o plan de servicios de cuidado de la salud, aseguradora o autoaseguradora, cualquier tipo de información médica obtenida si esta divulgación es necesaria para permitir el procesamiento de cualquier reclamo. Si recibo mi cobertura conforme a un Contrato Grupal de Beneficios celebrado por mi empleador, una asociación, un fondo fiduciario, un sindicato o una entidad similar, esta autorización también permite la divulgación de información a dichas entidades en la medida en que sea necesario para propósitos de revisión de la utilización o auditorías financieras. Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y continuará vigente mientras se solicite a Health Net que procese reclamos conforme a mi cobertura. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Por medio del presente documento, certifico que las declaraciones anteriores son correctas.

Firma del suscriptor: X	Nombre de la persona que prepara el formulario (escriba con letra de molde):	N.º de teléfono:
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------

Paso 2. Declaración del médico:

Si usted no tiene una factura detallada y un comprobante de pago, solicite a su médico o proveedor que complete las siguientes secciones, y asegúrese de que se proporcione toda la información necesaria.

Información sobre el paciente (debe ser completada por el paciente)						
Apellido:		Nombre:			Inicial del 2.º nombre:	
<i>Divulgación de información médica</i> Autorizo la divulgación de cualquier tipo de información médica necesaria para procesar este reclamo. Firma de la persona asegurada o autorizada: _____ Fecha: _____ (padre/madre o tutor si el paciente es menor de edad) X				<i>Asignación de los beneficios médicos</i> Autorizo el pago de los beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante por los servicios que se describen a continuación. Firma de la persona asegurada o autorizada: _____ Fecha: _____ X		
Información del médico o proveedor						
Fecha de la enfermedad (primeros síntomas) o lesión (accidente):		Fecha en que se le consultó por primera vez por esta condición:		¿Alguna vez el paciente tuvo los mismos síntomas o síntomas similares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", proporcione la/s fecha/s:		
Fecha en la que el paciente puede regresar al trabajo:		Fechas de la discapacidad total: Desde: _____ Hasta: _____		Fechas de la discapacidad parcial: Desde: _____ Hasta: _____		
Nombre del médico que refiere:				Fechas de la hospitalización para servicios relacionados: Admisión: _____ Alta: _____		
Nombre y dirección del centro donde se prestaron los servicios (si es distinto del hogar o el consultorio):				Servicios de laboratorio fuera de su consultorio: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí Cargos: _____		
Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión - Relacione el diagnóstico con el procedimiento en la columna D haciendo referencia a los números 1, 2, 3, o 4, o bien, al código de diagnóstico. Proporcione el código de procedimiento CPT-4 en C y el código ICD-9 en D a continuación.						
1.						
2.						
3.						
4.						
A Fechas del servicio	B ¹ Lugar del servicio	C – Procedimientos, servicios médicos o suministros proporcionados		D Código de diagnóstico	E Cargos	F (para uso interno)
		Código de procedimiento (identifique)	Descripción (explique los servicios o las circunstancias inusuales)			
¹Códigos del lugar del servicio: 11 Consultorio del médico 22 Hospital para pacientes 41 Ambulancia 12 Hogar del paciente ambulatorios 55 Centro de tratamiento 20 Centro de atención de urgencia 23 Sala de emergencias residencial para el abuso 21 Hospital para pacientes 24 Centro quirúrgico ambulatorio de sustancias internados 31 Centro de enfermería 81 Laboratorio independiente especializada 99 Otro lugar del servicio				Total de los cargos:		Cantidad pagada:
Firma del médico o proveedor: X				¿Acepta la asignación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "Sí", se debe proporcionar el N.º de Identificación Fiscal a continuación)		Nombre, dirección, código postal y teléfono del médico o proveedor:
Fecha:				N.º de Seguro Social del médico:		
N.º de cuenta de su paciente:				N.º de identificación Fiscal del médico:		
				N.º de licencia:		

Para su protección, las leyes de California, Oregon y Washington requieren que las siguientes declaraciones aparezcan en este formulario.

California: 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 encarcelamiento en la prisión estatal.

Oregon: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida puede ser culpable de un delito y estar sujeta a una denegación de la cobertura de seguro, multas, daños civiles y encarcelamiento en la prisión estatal.

Washington: Proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios de seguro. Health Net of California, Inc., Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.