



# FORMULARIO DE RECLAMO

## INFORMACIÓN

Para que un reclamo sea considerado, este formulario debe ser incluido junto con: los recibos detallados originales de gastos incurridos y reportes médicos dentro de 90 días siguientes a la fecha del siniestro.

- Este formulario debe ser llenado y firmado por el reclamante en su totalidad
- Detallar los servicios recibidos y gastos incurridos.
- Facturas detalladas deben incluir el nombre del paciente y el diagnóstico.

### Enviar reclamo a:

Claria Life and Health Insurance Company  
801 NE 167th Street, 2nd Floor  
North Miami Beach, FL 33162  
Teléfono: (305) 493 - 3071 Fax: (305) 493 - 3078  
Email: medical@claria.us

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de efectividad: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el asegurado principal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 ¿Está asegurado por otra compañía de seguros? \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_  
 Nombre de compañía de seguros: \_\_\_\_\_

## DETALLES

### PARTE 1: ENFERMEDAD O DESORDEN

1. Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 2. ¿Ha sido tratado por esta condición antes? \_\_\_\_\_  
 3. Detalles de cuando y donde ocurrieron los primeros síntomas: \_\_\_\_\_

### PARTE 2: ACCIDENTE O LESIÓN

1. Fecha y lugar de lesión o accidente: \_\_\_\_\_  
 2. ¿Las lesiones fueron causadas por un accidente en automóvil? \_\_\_\_\_  
 3. ¿Ocurrió el incidente mientras trabajaba? \_\_\_\_\_  
 4. Detalles de como ocurrió el incidente: \_\_\_\_\_  
 5. Otros: \_\_\_\_\_

### PARTE 3: MATERNIDAD

1. Fecha probable de parto: \_\_\_\_\_  
 2. ¿Ha tenido complicaciones con el parto o embarazo? \_\_\_\_\_  
 3. ¿Ha sido sometida a tratamientos de fertilidad? \_\_\_\_\_

### PARTE 4: INFORMACIÓN ADICIONAL

1. Nombre y teléfono de Médico principal o de cabecera: \_\_\_\_\_  
 2. Nombre y teléfono de Médico tratante: \_\_\_\_\_  
 3. Nombres de medicamentos que toma si hay alguno: \_\_\_\_\_  
 4. ¿Está usted bajo observación, tratamiento o ha sido referido a un doctor por cualquier razón? (detallar): \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

**Autorizo** a cualquier hospital, institución medica, médico, compañía de seguros, farmacia, organización de apoyo de seguro, agencia gubernamental, empleador, sindicato, familiar o administrador de plan de beneficio a suministrar toda la información requerida a Claria Life and Health Insurance Company acerca del historial médico, atención ambulatoria, tratamientos recibidos, lesiones o enfermedades sufridas. Yo entiendo que esta autorización será valida por el término de cobertura de la póliza arriba identificada y que copia de esta autorización será considerada valida como el original. Proveeré a Claria Life Insurance Company cualquier registro de datos sobre mi historial médico para procesar este reclamo. Entiendo que si falto en proveer los documentos requeridos pudiese resultar en negación del reclamo. Yo certifico que la información suministrada es verdadera y correcta de acuerdo a mi mejor y leal conocimiento y entender. Yo entiendo que cualquier falsa declaración u omisión de información en esta planilla podría resultar en rechazo del reclamo. También entiendo que yo o cualquier persona actuando como mi representante puede pedir una copia de la presente autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante, o representante (si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
día/mes/año



## AUTORIZACIÓN PARA PROVEER INFORMACIÓN DE SALUD RESTRINGIDA A : CLARIA LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY

- Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional del cuidado médico, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, facilidad médica, empleador u otro proveedor del cuidado médico que ha proporcionado pago, tratamiento o servicios en mi favor en el pasado para divulgar mi expediente médico entero y cualquier otra información que se pueda considerar protegida bajo el "Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA)" referente a mi a la compañía de seguros, a sus empleados y a sus representantes.

Entiendo que la información en mi expediente de salud puede incluir información referente a enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirido(SIDA) o el virus humano de la inmunodeficiencia(VIH). Puede también incluir información sobre asistencia medica por desordenes mentales y de comportamiento, así como tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Con mi firma abajo, termino cualquier acuerdo que haya hecho con mis proveedores para restringir mis expedientes médicos y cualquier información asociadas de la salud y solicito a mis proveedores a enviar mi expediente médico entero sin restricción. Esta información protegida debe ser divulgada bajo esta autorización de modo que pueda la compañía de seguros: 1) subscribir mi solicitud para cobertura, determinar elegibilidad, revisar el grado de riesgo, emitir una póliza y las determinaciones de inscripción; 2) obtener reaseguro; 3) administrar siniestros y determinar o satisfacer la responsabilidad de la cobertura y de la disposición de beneficios; 4) administrar cobertura con la compañía de seguros.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento a menos que hasta el punto de la acción la autorización haya sido utilizada para solicitar y obtener información. Entiendo que una revocación no se hará efectiva si cualesquiera de mis proveedores se ha basado en esta autorización y en la misma medida la compañía de seguros tiene el derecho legal de disputar una demanda bajo la póliza de seguro o de impugnar la póliza misma. También entiendo que cualquier información que se divulgue conforme a esta autorización se puede re-divulgar y no ser cubierta más por ciertas reglas federales que gobiernan la confidencialidad y la privacidad de la información de salud. Esta autorización seguirá en vigor por 24 meses de la fecha de mi firma abajo, y copia de esa autorización es tan válida como la original.

Entiendo que mis proveedores no pueden rechazar proporcionar el tratamiento del cuidado médico si rechazo firmar esta autorización. También entiendo que si rechazo firmar esta autorización, la compañía de seguros puede no hacer ningún pago de beneficios. Reconozco que he recibido una copia de esta autorización.

La información que se utilizará o divulgará incluye pero no es limitada a:

- ✓ Historia y Examen Físico
- ✓ Informes de imagines / radiografía
- ✓ Resultados de exámenes de laboratorio
- ✓ Reportes de consultas
- ✓ Informes del procedimiento / operación
- ✓ Estudios Cardiovasculares
- ✓ Expedientes del Cuarto de Emergencia
- ✓ Historial de Siniestros
- ✓ Nota de la Admisión
- ✓ Ordenes Del Médico
- ✓ Notas de enfermera
- ✓ Expediente Entero
- ✓ Resumen del Egreso
- ✓ Listas de la Medicación
- ✓ Notas de Progreso

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social/ Identificación: \_\_\_\_\_

Firmado en fecha (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente