



Formulario de Reembolso por un Reclamo Médico

Información para Suscriptores (Empleados) de Valley Health Plan

Nombre del Suscriptor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Número de Seguro Social Número de Expediente Médico

Dirección del Suscriptor (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Fecha de nacimiento del suscriptor Teléfono en casa Hombre Soltero Divorciado Legalmente separado
____/____/____ ()_____ Mujer Casado Viudo

¿Tiene usted o el paciente cobertura con otro seguro de salud, incluyendo Medicare o Medi-Cal? Sí No
Si responde SÍ, dé el nombre, dirección y número de póliza de la cobertura con el otro seguro de salud:

Información del Paciente

(Si el paciente y el suscriptor son la misma persona, no se debe completar la información sobre el paciente que aparece abajo.)

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) Fecha de nacimiento Hombre Soltero
____/____/____ Mujer Casado

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) Relación del paciente con el empleado:
 misma persona cónyuge Hijo Otro
Estudiante de tiempo completo: Sí No

Información sobre el reclamo

Índole de la enfermedad / Razón para solicitar los servicios: _____

Si fuese necesario, use una hoja separada para describirla.

¿Se contactó a Valley Health Plan para la Autorización? Sí No

El servicio fue referido por: Doctor de Cuidado Primario Otro doctor Valley Connection Farmacia Otro _____

Fecha(s) del Servicio: _____ Proveedor del Servicio: _____ Dinero pagado por el servicio: \$ _____

Si fuese necesario, use una hoja separada para anotar todos los servicios proporcionados. Cantidad total pagada por los servicios: \$ _____

¿Es esto una lesión de trabajo - con Seguro del Trabajador (WC) o causada por un accidente de automóvil o de otro tipo? Sí No
Si responde SÍ, complete lo siguiente:

Fecha del accidente: ____/____/____ Nombre de la compañía de Seguro de automóvil o del Seguro del Trabajador _____

Número de la reclamación del seguro de automóvil o del Seguro del Trabajador _____ Describe cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente:

¿Está alguna de las enfermedades o lesiones por las que se presenta este reclamo relacionada con su trabajo o empleador? Sí No

¿Tiene usted derecho a reembolso por todos o parte de los gastos a través de otra cobertura que proporciona beneficios o servicios médicos? Sí No
Si responde SÍ, por favor proporcione información de la otra cobertura. _____

Firma de autorización para divulgación de información

Por el presente autorizo a cualquier compañía de seguro, organización, empleador, hospital, médico, cirujano, o farmacia, a divulgar información solicitada por Valley Health Plan. Una fotocopia de la autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Firma del suscriptor o del paciente. Para niños menores de edad, debe firmar uno de los padres. Fecha:
_____ _____/____/____

Para su protección, la ley de California requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser sujeto a multas o recluido en una prisión estatal.

Si es aprobado, se enviará un cheque de reembolso pagadero al suscriptor a la dirección que figura en el archivo de VHP; o al Proveedor si corresponde dentro de 45 días hábiles.

Cómo presentar un Formulario de Reembolso por un Reclamo médico

Los formularios de reembolso por un reclamo médico deben presentarse a Valley Health Plan dentro de los noventa (90) días de la fecha del servicio.

1. Complete y firme el “Formulario de reembolso por uno reclamo médico”.
2. Envíe el “Formulario de reembolso por una reclamación médica” junto con los recibos originales, las cuentas o facturas detalladas originales del proveedor, el comprobante de pago y los archivos médicos.
 - a) Los recibos pagos deben incluir:
 - Nombre del paciente; y
 - Nombre del doctor, del hospital, receta y farmacia, o de otro proveedor; y
 - Fecha en que se pagó; y
 - Cantidad pagada.Podría ser necesario presentar otro comprobante de pago, como una copia de un cheque cobrado o de un recibo de pago con tarjeta de crédito.
 - b) Cada cuenta o factura detallada del proveedor que proporcionó los servicios (por ejemplo del médico o del hospital) debe incluir:
 - Nombre del paciente; y
 - Fechas del servicio; e
 - Índole de la enfermedad o lesión – incluyendo los códigos de las facturas médicas o del hospital.

En caso de un recibo de otro país, el pago se calculará basado en el tipo de cambio del dólar en la fecha del servicio

3. Envíe por correo o traiga en persona el “Formulario de Reembolso por un Reclamo Médico” completado con las cuentas, facturas, recibos y expedientes médicos a:
Attention: Member Services
Valley Health Plan
2325 Enborg Lane, Suite 290
San José, CA 95128