



MEDICAL CLAIM FORM / FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO

This form should be sent together with the original, receipted bills indicating dates of treatment with itemised prices.

Este formulario deberá ser enviado junto con los recibos originales de pago y las facturas originales indicando fecha de tratamiento concepto y precio.

SECTION 1 (TO BE COMPLETED BY POLICYHOLDER) / SECCIÓN 1 (A COMPLETAR POR EL TITULAR)

Last Name / Apellido	First Name / Nombre	Date of Birth (dd.mm.yy) Fecha de Nacimiento (d.m.a) ____/____/____	Policy # / # de Póliza
----------------------	---------------------	---	------------------------

Address / Dirección	E-mail Address / Correo Electrónico
---------------------	-------------------------------------

Patient Last Name Apellido del Paciente	First Name Nombre	Date of Birth (dd.mm.yy) Fecha de Nacimiento (d.m.a) ____/____/____	Relationship to Policyholder Relación con el titular
--	----------------------	---	---

Nature of illness or injury; state illness diagnosis; or in the case of injury describe how injury occurred, date, time and where injury occurred (Provide copies of medical records).

Naturaleza de la enfermedad o accidente; diga diagnóstico de la enfermedad, o en caso de accidente declare como ocurrió, fecha, hora y lugar donde ocurrió (Proveer información médica).

Pay reimbursement in the following manner / Pagar el reembolso de la forma siguiente

Credit card / Tarjeta de crédito Bank transfer / Transferencia bancaria Check / Cheque

In case of bank transfer or credit card provide bank account information

En caso de transferencia bancaria o tarjeta de crédito provea información de cuenta bancaria

Has the patient ever had similar symptoms? Ha tenido el paciente síntomas similares anteriormente? <input type="checkbox"/> Yes / Si (If yes, date / En caso afirmativo provea la fecha) <input type="checkbox"/> No	Date of first symptom Fecha del primer síntoma ____/____/____	Date of first consultation for this illness or accident Fecha de la 1ra consulta por esta enfermedad o accidente ____/____/____
---	---	---

Was Optimum Global Pre-Notified? Fue Optimum Global Pre-Notificado? No Yes / Si (If yes, date / Afirmativo provea la fecha)

Have you made payments for the services rendered? Ha hecho pagos por los servicios recibidos? No Yes / Si

If, yes enter amount paid Afirmativo, declare la cantidad pagada _____

Name of attending physician(s) / Nombre del doctor(es) que lo atendió _____

Address of attending physician(s) / Dirección de doctor(es) que lo atendió _____

In case of hospitalization, state name and address of hospital

En caso de hospitalización, declare nombre y dirección del hospital

Period of Hospitalization

Período de Hospitalización

Upon the presentation of the original or a photocopy of this signed authorization, I hereby authorize any medical professional, hospital, medical care institution, insurance support, pharmacy, governmental agency, insurance company, group policyholder, employer, benefit plan administrator, Optimum Global / Medex, or anyone acting on their behalf, to release any and all the information concerning myself, my spouse or my dependants, regarding past and present physical or mental condition and treatment rendered therefore and any and all the statements of amounts due and payment records. Information obtained will be released to any person or organization and to the reinsurance companies or other persons or organizations performing business or legal services in connection with this claim.

Con la presentación del original o una fotocopia firmada de esta autorización, yo por este medio autorizo a cualquier profesional, hospital, institución de cuidados médicos, organización de apoyo a seguros, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguro, grupo del asegurado, empleador, administrador de plan de beneficios, Optimum Global / Medex, o cualquiera actuando en su nombre, para liberar cualquier y toda la información relacionada con mi persona, mi conyugue o mis dependientes, de acuerdo a la condición física o mental presente y pasada y el tratamiento recibido como consecuencia de la misma y cualquier y todos los estados de cuentas pendientes y estados de pagos.

Policyholder's signature
Firma del Titular

Patient's Signature
Firma del Paciente (If 18 or older. Si es 18 o mayor)

Date (dd.mm.yy)
Fecha (d.m.a)
____/____/____

SECTION 2 PATIENT & INSURED (SUSCRIBER) INFORMATION (TO BE FILLED OUT BY PHYSICIAN)
SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE & ASEGURADO (SUSCRIPTOR) (A COMPLETAR POR EL MÉDICO)

Last Name / Apellido

First Name / Nombre

Does patient have other health insurance coverage (Enter name of the policyholder, plan name, address and policy or medical assistance number. Provide copy of the Explanation of Benefits from other insurance company)

Tiene el paciente otra cobertura de seguro de salud (Proporcione nombre del titular, nombre del plan, dirección y póliza o número de asistencia médica. Entregue copia de la Explicación de Beneficios de la otra compañía de seguros)

Was condition related to:

a. Patient's employment / Empleo del paciente Yes / Si No

b. Motor vehicle accident / Accidente en un vehículo de motor

Yes / Si (If yes, provide copy of police report, Afirmativo proporcione copia del reporte policial) No

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR SUPPLIER)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROVEEDOR (A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O PROVEEDOR)

Date of illness (First Symptom) or injury (accident) or pregnancy (last menstrual period)

Fecha de la enfermedad (Primer síntoma) o accidente o embarazo (Fecha del último período menstrual) ____/____/____

Has patient ever had same or similar symptoms?

Ha tenido anteriormente el paciente los mismos o similares síntomas. Yes / Si No

Date of first consultation for this condition / Fecha de la 1ra consulta por esta condición ____/____/____

Name & Address of Facility where service was rendered / Nombre y dirección del centro donde los servicios fueron proporcionados

For services related to hospitalization, give hospitalization dates

En caso de servicios relativos a hospitalización, proporcione las fechas de la misma

Admitted

Admitido

____/____/____

Discharged

Salida

____/____/____

Diagnosis or nature of illness or injury / Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o accidente

Date of Service Fecha del Servicio	Diagnosis Diagnóstico	Description of: Procedures, medical services and supplies furnished Descripción sobre: Tratamientos y asistencia prestada	Currency Moneda	Charges Importe
---------------------------------------	--------------------------	--	--------------------	--------------------

Total Charges / Importe Total

Amount paid by the insured / Importe pagado por el asegurado

Amount paid by other insurance / Importe pagado por otro seguro

Balance due to hospital/clinic/doctors, etc / Importe pendiente al hospital/clínica/médicos, etc.

Patient or authorized signature / Paciente o firma autorizada:

I authorize the release of any medical information necessary to process the claim and request payment of benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.

Yo autorizo a proveer cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo y pago requerido de los beneficios tanto a mi persona como a la parte que acepte la asignación declarada arriba.

Signature / Firma

____/____/____

Date (dd.mm.yy) / Fecha (d.m.a)

Patient or authorized signature / Paciente o firma autorizada:

I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described.

Yo autorizo el pago de los beneficios médicos al médico nombrado debajo o al proveedor por los servicios descritos.

Signature / Firma

____/____/____

Date (dd.mm.yy) / Fecha (d.m.a)

Physician's signature / Firma del Médico

Date (dd.mm.yy) / Fecha (d.m.a) ____/____/____

Physician or Supplier's name, address & telephone numbers.

Nombre del Médico o Proveedor, dirección & números de teléfono.

License Number

Número de licencia.