

## Declaración y Autorización del Paciente

(Véase al reverso para instrucciones de cómo presentar una reclamación)

<b>PARTE A: Se debe llenar para cualquier reclamación **Todos los cheques y la correspondencia estarán enviados al domicilio abajo.**</b>			
Nombre del Asegurado:		Nombre del Paciente:	
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:		Ciudad:	Código Postal:
Estado:		País:	
Teléfono Particular:	Teléfono Laboral:	Fax :	Correo Electrónico:
Número del Grupo:		Número del Certificado:	

1. Ciudadanía del Paciente: \_\_\_\_\_ País de Origen del Paciente: \_\_\_\_\_  
 (País donde el paciente radica principalmente y recibe su correo postal)

País visitado:

\_\_\_\_\_  
 (Nota: HCCMIS podría solicitar una copia de su pasaporte)

2. ¿Es el paciente estudiante de tiempo completo?  Sí  No En caso afirmativo, favor de proporcionar el nombre y la dirección del centro educativo:

\_\_\_\_\_

3. ¿Está el paciente empleado?  Sí  No En caso afirmativo, favor de proporcionar el nombre y la dirección del empleador:

\_\_\_\_\_

4. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia otra cobertura (seguro médico, de indemnidad, o de daños a terceros) que podría ayudar a cubrir los gastos médicos?  Sí  No En caso afirmativo, favor de completar los siguientes datos:

Nombre de la Compañía:	Dirección:
Titular de la Póliza:	Número de la Póliza:
¿Es éste un seguro de grupos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>PARTE B: Se debe llenar para reclamaciones nuevas. Añade hojas adicionales si es necesario.</b>
--

1. ¿Cómo comenzó el malestar o la condición médica? Describa detalladamente los síntomas y/o las condiciones desde el comienzo.

2.

¿Cuándo se manifestó el primer síntoma? Si es posible, escriba la fecha exacta. (Si fue debido a un accidente, favor de llenar el Cuestionario del Accidente, véase la Parte C- INSTRUCCIONES)

3. ¿Alguna vez ha estado usted tratado por o ha tenido el mismo tipo de enfermedad o lesión?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo?                      Nombre, dirección y teléfono del médico que lo atendió:
  
4. Nombre, dirección y teléfono del doctor de la familia o médico de cabecera (aunque no se lo consultara):
  
5. Durante los últimos cinco años, ¿de cuáles malestares, enfermedades, condiciones o heridas ha padecido usted? Favor de proporcionar el nombre y/o descripción de cada condición, las fechas correspondientes, y la dirección y teléfono de los médicos que lo habían atendido:

**PARTE C: Se debe llenar para cualquier reclamación.**

Yo verifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera, correcta, completa, y de mi entero conocimiento. Autorizo a cualquier doctor licenciado, profesional de las artes curativas, hospital, clínica, agencia gubernamental, compañía aseguradora, póliza habiente de un grupo, empleado o administrador de un plan de beneficios que tenga información sobre el cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico, o pronóstico de cualquier condición, sea física o mental, o sobre el estado financiero o laboral del asegurado indicado arriba, proveer dicha información a HCC Medical Insurance Services. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización al solicitarla. Una copia tendrá la misma validez que la original. Esta autorización es válida por doce meses desde la fecha de la firma.

Firma del Asegurado:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha:

Firma del Paciente:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha:

**AUTORIZACION DE LA ASIGNACION DE BENEFICIOS:** Yo autorizo el pago de beneficios médicos al doctor u otro proveedor de servicios por anexar las facturas del mismo.

Firma del Asegurado:	Fecha:
----------------------	--------

**INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACION**

1. Si éste es una nueva reclamación, por favor llene TODAS LAS PARTES de este formulario.
2. Si esta reclamación derivó de un accidente, favor de visitar a [www.hccmis.com](http://www.hccmis.com) para obtener la forma "CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE"
3. Si ésta corresponde a una reclamación pendiente, por favor llene las PARTES A y C solamente.
4. Adjunte todas las facturas originales que desglosen los servicios y suministros. Por favor verifique que los documentos indiquen su nombre, fecha de servicio, diagnóstico y cargos por cada servicio.
5. Enviar a: **HCC Medical Insurance Services, Box No. 2005, Farmington Hills, MI 48333-2005**
6. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-800-605-2282. Si marca desde fuera de los Estados Unidos, llame por cobrar al (317) 262-2132.

**LA LEY DEL ESTADO DE INDIANA NOS EXIGE QUE LE NOTIFIQUEMOS LO SIGUIENTE:**

Cualquier persona que intencionalmente trate de estafar o cometer fraude en contra de una aseguradora, introduciendo una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, está cometiendo un delito grave penado por la ley.



## CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE

HCC Medical Insurance Services  
P.O. Box 2005  
Farmington Hills, MI 48333-2005

Usted debe llenar este Cuestionario del Accidente si contestó en la Parte B, Número 2 de la Declaración y Autorización del Paciente que usted presentó la reclamación debido a un Accidente. Si eso es el caso, favor de llenar este formato y enviarlo a HCC Medical Insurance Services.

Nombre del Asegurado:	Nombre del Paciente:
Número de Certificado:	Fecha de Accidente/Lesión:

Ciudadanía del Paciente: \_\_\_\_\_ País de Origen del Paciente: \_\_\_\_\_  
(País donde radica principalmente y recibe correo postal)

País Visitado: \_\_\_\_\_  
(Nota: HCCMIS podría solicitar una copia de su pasaporte)

1. Describa los detalles del accidente, incluya la fecha, hora, ubicación y el cómo sucedió el accidente:
2. ¿Fue el accidente relacionado al trabajo?  Sí  No En caso afirmativo, proporcione el nombre, dirección, y número telefónico del empleador:
3. ¿Se involucraron Vehículos Motorizados en el accidente?  Sí  No En caso afirmativo, proporcione el nombre, dirección, y número telefónico de la Aseguradora que cubrirá los vehículos involucrados:
4. En el caso de que haya contratado un abogado, proporcione el Número del Juicio y el nombre, dirección, y número telefónico de su abogado:

Firma del Asegurado:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha:
Firma del Paciente:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha:



# Formulario para Reclamaciones Fuera de los EEUU

SE DEBERÁ RELLENAR ESTE FORMULARIO PARA TODOS LOS CARGOS INCURRIDOS FUERA DE LOS EEUU

FECHA DE SERVICIO	PRESTADOR	DIAGNOSTICO / SINTOMAS	TRADUCCION DEL SERVICIO PRESTADO	MONEDA DE LOS CARGOS	PAIS	CARGO DEL SERVICIO