



BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Por favor complete y envíe el formulario de reclamo con las facturas y recibos detallados a:

INTERNACIONAL FORMULARIO MEDICO DE RECLAMO

(800) 441-2668 (Dentro de EE.UU)
(302) 797-3100 (Fuera de EE.UU)
(302) 797-3150 (FAX)

Para Envíos Por Correo:
CIGNA International
P. O. Box 15050
Wilmington, DE 19850-5050
USA

Para Envíos Vía Courier:
CIGNA International
590 Naamans Road
Claymont, DE 19703
USA

Usted debe completar las Secciones A y B. Además, debe completar la Sección C si el reclamo es para un dependiente y/o si existe otra cobertura vigente o si el reclamo es por accidente o está relacionado al trabajo. Los empleados deben firmar el Formulario de Reclamo. Usted debe completar un Formulario de Reclamo separado para cada paciente. Usted puede incluir diferentes servicios brindados al mismo paciente en el mismo formulario de Reclamo.

SECCION A. INFORMACION DEL EMPLEADO/PACIENTE

Empleador BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO Nombre del paciente

Nombre del empleado Póliza # en la Tarjeta de Identidad de CIGNA 00390A999

Número del empleado/jubilado, si corresponde

Dirección del Domicilio

Por favor provea el número de teléfono y fax con los códigos del país y de la ciudad, e indique donde desea que lo llamen:

No. del Hogar No. del Trabajo No. de fax

SECCION B. PAGOS. Por favor seleccione la Opción # 1 u Opción # 2. Los pagos serán efectuados en dólares de los Estados Unidos

OPCION # 1 (Usted desea que los pagos se le hagan a usted, el Empleado).

Por favor especifique a donde desea que se le envíen los pagos. Usted debe ser el titular de la cuenta bancaria a la cual se le van a enviar los fondos.

Domicilio particular como se indica anteriormente

Su cuenta bancaria para depósitos directos

Nombre de la Cuenta Nombre del Banco

Número de la Cuenta Bancaria Dirección del Banco

OPCION # 2 (Usted desea que se le pague al PROVEEDOR).

Por favor complete el nombre y la dirección del Proveedor en la Sección D al dorso de este Formulario de Reclamo.

ADVERTENCIA Toda persona que con conocimiento e intención presenta un reclamo que contenga cualquier información falsa, incompleta, o fraudulenta, quien con intención de defraudar o engañar, comete un acto de seguro fraudulento, será culpable de cometer un delito.

Autorización de Pagos: Autorizo pagos directos a mi persona o al proveedor de los servicios médicos en la Sección D de este Formulario de reclamo

FIRMA DEL EMPLEADO: FECHA (M/D/A):

Firma del Paciente y Consentimiento (Padres o Apoderados, si el reclamo es para un menor de edad): Yo certifico, con pleno conocimiento, que este Formulario de Reclamo no contiene ninguna información falsa, fraudulenta o incompleta. Autorizo la divulgación de todos los registros u otra información que pueda ser necesaria para determinar los beneficios que se van a pagar.

FIRMA DEL PACIENTE: FECHA (M/D/A):

**SECCION C. INFORMACION DE OTROS SEGUROS. Complete solamente si el reclamo es para un dependiente, y/o si tiene otra cobertura vigente, o si el reclamo es por accidente o relacionado con el trabajo.**

¿Tiene usted otro seguro?  Si  No Si responde que sí, por favor proporcione la fuente del seguro.

Por favor indique la fuente \_\_\_\_\_

¿El reclamo está relacionado con un accidente?  Si  No ¿El reclamo está relacionado con su trabajo?  Si  No

Si responde que sí, por favor proporcione los documentos relacionados al accidente o a las lesiones por causa del trabajo.

Si el reclamo es debido a un accidente, ¿Está usted esperando reembolso de otra fuente?  Si  No

Por favor indique la fuente \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro de su cónyuge \_\_\_\_\_

Nombre y No. de teléfono del empleador de su cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del dependiente (M/D/A) \_\_\_\_\_ ¿Su dependiente es estudiante a tiempo completo?  Si  No

Si la respuesta es sí, por favor proporcione el registro académico vigente.

**SECCION D. MEDICO O PROVEEDOR. Por favor complete esta sección.**

Nombre, dirección, y número de teléfono del médico o del proveedor del servicio \_\_\_\_\_

Diagnóstico o índole de la enfermedad o lesión \_\_\_\_\_

Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión (M/D/A) \_\_\_\_\_ Fecha de la primera consulta por esta condición (M/D/A) \_\_\_\_\_

Fechas de internamiento hospitalario (M/D/A), de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Fecha de retorno al trabajo (M/D/A) \_\_\_\_\_

Total de días de incapacidad (M/D/A), de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Días de incapacidad parcial (M/D/A), de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

No. de cuenta del paciente \_\_\_\_\_ Cantidad pagada \_\_\_\_\_ Saldo \_\_\_\_\_

Lugar de servicio \_\_\_\_\_ Código del diagnóstico y descripción \_\_\_\_\_

Día de Servicio	Código de procedimiento y descripción	Cargos	Total de los Cargos

*Certifico que la información brindada es verdadera y correcta, y que los cargos son los incurridos por el paciente.*

**FIRMA DEL MEDICO O PROVEEDOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA (M/D/A)** \_\_\_\_\_