

Proceso para someter un reclamo



INTERNATIONAL

A division of Morgan White Group

75 Valencia Avenue, Suite 801
Coral Gables, FL 33134
(305) 442-0899
marketing@morganwhiteintl.com

Antes de enviar los reclamos por favor asegurese de cumplir los siguientes requisitos.

1. ¿Está el formulario de reclamos completado en su totalidad, legible, firmado y fechado?

Motivo: El formulario de reclamación indica servicios prestados, dónde y por quién fueron prestados y el costo total de cada servicio. Detalla también el tipo de enfermedad / accidente y las fechas de cuando primero ocurrió la enfermedad/accidente. El médico debe completar la parte del formulario para el "Medico Tratante."

2. ¿Está adjunta la información médica relacionada al reclamo?

La información medica debe incluir notas escritas a mano por el médico, informes quirurgicos y los resultados de diagnostico y/o patologia donde sea aplicable.

3. ¿Están adjuntos todos los recibos de pago originales?

No se aceptan copias. Los recibos deben reflejar la cantidad exacta pagada por todos los servicios para los cuales se esta solicitando re-embolso. También, deben reflejar el nombre del proveedor, fecha de servicio, cargos totales y un balance de zero.

Si su respuesta es "No" a cualquiera de las preguntas anteriores, su reclamo puede no ser aceptado, o el proceso de pago ser retrasado.

RECORDATORIO IMPORTANTE

El deducible de la póliza y los beneficios de su plan son aplicados a todos los reclamos admisibles y antes de efectuar el re-embolso.



Forma de Solicitud de Pre-Certificación



INTERNATIONAL
A division of Morgan White Group

75 Valencia Avenue, Suite 801
Coral Gables, FL 33134

Para ser completada por el Asegurado

Parte I: Información del Asegurado Principal

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Número cliente	Correo electrónico	Tel (Residencia/Celular)
Dirección	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	

Parte II: Información del reclamante

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Relación con el Asegurado Principal <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño

Parte III: Servicios relacionados con el accidente

Fecha del accidente o lesión (Día/Mes/Año)	¿Ocurrió el accidente o lesión mientras estaba trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Son las lesiones por accidente de tráfico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Como ocurrió el accidente o lesión?		

Parte IV: Servicios relacionados con la enfermedad

Diagnóstico actual	Especialidad del médico que le atiende
Fecha en que se manifestó el primer síntoma (Día/Mes/Año)	Dirección del médico que le atiende
Nombre del médico tratante	Teléfono(s)
Especialidad del médico tratante	Nombre de cualquier otro médico que usted ha visto
Dirección del médico tratante	Especialidad de cualquier otro médico que usted ha visto
Teléfono(s)	Dirección de cualquier otro médico que ha visto
Nombre del médico que le atiende por la condición actual (Si es diferente al médico de familia)	Teléfono(s)

Yo declaro que toda la información en este formulario es proporcionada conforme a la verdad. Al firmar autorizo a cualquier hospital, institución medica, compañía de seguros, empleador, unión o asociación a que suministre información a MWG International como es requerido para procesar esta reclamación. Una copia fotostática de esta autorización será considerada valida como la original.

Firma del asegurado (paciente) _____ Fecha _____ / _____ / _____
(En caso de que el asegurado (paciente) sea menor de edad, el asegurado principal debe firmar este formulario)

Forma de Solicitud de Pre-Certificación (continuación)

Para ser completado por el Médico Tratante

Parte V: Información del Paciente

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Fecha en la cual consultó al paciente por primera vez (Día/Mes/Año)	Fecha en que se manifestó el primer síntoma u ocurrió el accidente (Día/Mes/Año)	Fecha en la que el paciente le consulto por esta condición (Día/Mes/Año)

Parte VI: Historial Médico

Historia de la enfermedad actual	
Historia médica/Familiar/Social pasada	
Examinación física	Fecha primeros síntomas se produjeron (Por favor adjunto los resultados)
Diagnóstico (ICD-9)	Plan o tratamiento (CPT-Code)
Hospital para realizar el tratamiento	Fecha para realizar el tratamiento (Día/Mes/Año)
Dirección del médico tratante	Especialidad de cualquier otro médico que ha visto (Por favor liste cualquier otro médico consultado por la misma condición)
HONORARIOS: Cirujano (Si aplica) _____ 1er Asistente (Si aplica) _____ Anestesiólogo (Si aplica) _____	

Firma del médico _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Número de Licencia _____

Forma de Solicitud de Pre-Certificación (continuación)

Para ser completado por el Médico Tratante

Parte VII: Pre-Certificación de Maternidad

Altura uterina	Fecha de la última menstruación (Día/Mes/Año)		
Edad gestacional	Fecha probable de parto (Día/Mes/Año)		
Progreso de la maternidad			
HONORARIOS: Parto normal			
Cirujano _____	Anestesiólogo _____	1er Asistente _____	Pediatra _____
HONORARIOS: Cesárea			
Cirujano _____	Anestesiólogo _____	1er Asistente _____	Pediatra _____
Hospital del parto o cesárea			
Nombre del médico	Phone		
Dirección			

Firma del médico

Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Número de Licencia

NOTA: Si fuera necesario información adicional, será solicitada por la compañía.

PROCESO DE PRE-CERTIFICACION Y GARANTIA DE PAGO

Antes de una admisión o ingreso hospitalario, usted debe pre-certificar su admisión o ingreso de la siguiente manera.

1. En caso de ingreso al hospital, que no es emergencia, el asegurado o el médico tratante que lo ingresa deben contactar al administrador con un mínimo de quince (15) días antes del ingreso al hospital para certificar la admisión basada en una necesidad medica probada. El administrador debe recibir los archivos medicos completo del médico tratante.
2. En caso de emergencia, el hospital en el cual el asegurado ha sido admitido o ingresado debe contactar al administrador dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la admisión o el ingreso, sin importar si el asegurado ha sido dado de alta o no.
3. En cualquier caso de hospitalización, el administrador debe recibir un reporte médico que incluya el reporte de ingreso al hospital, diagnóstico, tratamiento requerido, supuesta fecha del alta. De requerir cirugía, el administrador necesitará los reportes del cirujano y del anestesiólogo.
4. Cuandosea notificado por adelantado, el administrador enviará una garantía de pago al hospital de acuerdo a los términos de la póliza escogida por el asegurado. La compañía pagará los honorarios de reclamación directamente al hospital. *El incumplimiento de lo expuesto resultará en reducción de beneficios.*