



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)
____/____/____

