

CLAIM FORM

EMPLOYEE INFORMATION	Employer’s Name: City of Stafford		Group No.:	
	Employee’s Name:		Social Security No.	
	Date of Birth:	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced	
	Current Mailing Address:			
	City:	State:	Zip:	Telephone:
	Spouse’s Name: _____ DOB: _____ SS#: _____			
	Name of Employer: _____ Telephone: _____		Employer’s Address: _____ City: _____	
State: _____		Zip Code: _____		
PATIENT INFORMATION	Patient’s Name: _____ DOB: _____			
	Patient’s Address: _____ City: _____			
	State: _____ Zip: _____ Relationship to Member: _____			
	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed			
	If patient is a child age 19, is he/she registered as a full time student in an accredited College or University? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	If “Yes” give complete information:			
	<input type="checkbox"/> Name of College or University _____ <input type="checkbox"/> Address: _____ <input type="checkbox"/> Telephone Number: (____) _____			
Describe the condition, illness or injury (IF ACCIDENT, STATE WHERE, HOW, DATE IT OCCURRED, AND IF IT WAS WORK RELATED)				

COORDINATION OF BENEFITS	OTHER GROUP MEDICAL COVERAGE (This section must be completed)			
	1. Is the patient eligible for benefits under any other group medical plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	2. If the answer to the above is “Yes”, please provide:			
	a) Name and address of organization providing coverage _____ b) Policy/Group Number _____ c) Name and address of location where claims are processed _____			
DIRECT PAYMENT	Assignments of Benefits			
	I hereby authorize payment directly to _____ of the medical benefits due under this group policy, not to exceed the eligible charges submitted. I understand I am financially liable for charges not covered by this authorization. This assignment is valid only for the expense(s) accompanying this form and the Assignee indicated.			
Employee Signature: _____		Date: _____		
AUTHORIZATION	TO BE COMPLETED BY PATIENT – AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION			
	I AUTHORIZE the disclosure of relevant information about me for the purpose of evaluation and administering my claim.			
	I AUTHORIZE the following to disclose such information any physical, medical, professional, hospital, clinic other medical or medically related facility, insurance or reinsurance company, consumer reporting agency, medical or hospital service, prepaid health plan, employer, group policy holder, or benefit plan administrator. They may disclose such information to Memorial Hermann Health Network Providers, Inc. its reinsurers, consumer reporting agency, attorney, agent or independent administrator action on is behalf.			
	I UNDERSTAND that relevant information for claims purposes includes employment related information about medical care, advice, diagnosis, treatment, supplies provided, mental illness, and drug or alcohol use.			
	I UNDERSTAND that Memorial Hermann Health Network Providers, Inc. will not release the information EXCEPT to reinsuring companies, to other persons or organizations, performing businesses or legal services in connection with my claim, or as the law otherwise requires or permits.			
	I KNOW that I may receive a copy of this Authorization upon request.			
	I AGREE that a photographic copy of this Authorization shall be as valid as the original.			
I AGREE that the Authorization shall be valid as follows:				
a) For Claims of Health Insurance Benefits for one year from the date shown below or for the term of coverage of the policy, whichever is shorter, or b) For all other claims, for one year from the date shown below for the duration of the claim, whichever is shorter.				
I WARRANT that the information furnished on this claim form is accurate and complete and that providing false or misleading information is illegal.				
Signature: _____		Date: _____		
Employee				
Patient Signature – If not minor: _____				
Date: _____				

Formulario De Reclamo

INFORMACION DEL/LA EMPLEADO/A	Nombre del Empleador: City of Stafford		Grupo #:	
	Nombre del/la Empleado/a:		Numero de Seguro Social:	
	Fecha de nacimiento: Mes _____ Dia _____ Ano _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Casado/a	
	Direccion del Domicilio			
	Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____	Telefono: _____
	Nombre de/la Esposo/a: _____ Fecha De Nacimiento : Mes _____ Dia _____ Ano _____ Numero de Seguro Social : _____			
	Nombre del Empleador: _____ Telefono: _____ Direccion de Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____			
INFORMACION DE/LA PACIENTE	Nombre del/la Paciente: _____			
	Direccion de/la Paciente: _____ Ciudad: _____			
	Estado: _____ Codigo Postal: _____ RelatioFecha de Nacimiento Del/la Paciente: _____			
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solterol/a <input type="checkbox"/> Devorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Si el/la paciente es un hijo/a de 19 anos o mas, esta este/a inscrito/a como estudiante a tiempo completo en un Colegio o? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Si", de la informacion completa: <input type="checkbox"/> Colegion o Universidad: _____ <input type="checkbox"/> Direccion: _____ <input type="checkbox"/> Numero de telefono: (_____) _____			
Describe la condicion o enfermedad, en caso de accidente, declare donde, como, y la fecha en que ocurrio' _____ _____				
COORDINACION DE BENEFICIOS	OTRA COBERTURA MEDICA DE GRUPO (Esta seccion debe ser completada.)			
	1. Tiene el/la paciente derecho a beneficios bajo cualquier otro plan medico de grupo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 2. Si la respuesta a la pregunta anterior es "Si" por favor suministre: a) Nombre y direccion de la organizacion que provee la cobertura: _____ b) Numero de Poliza/Grupo: _____ c) Nombre y direccion del lugar donde se procesan los reclamos: _____			
PAGO DE BENEFICIOS	ASIGNACION DE LOS BENEFICION			
	Por medio de la presente autorizo pago dirctamente _____ de los beneficios medicos debidos bajo esta poliza de grupo, sin exceder los montos sometidos a los cuales tengo derecho. Comprendo que soy financieramente responsable por montos no cubiertos por esta autorizacion. Esta asignacion es valida solo para el/los gasto/s que acompanan este formulario y solo para el Beneficiaron indicado de la Asignacion. Firma de/la Empleado/a: _____ Fecha: _____			
AUTORIZACION	A SER COMPLETADO POR EL/LA PACIENTE – AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACIONES			
	Yo AUTORIZO la divulgacion de informaciones pertinentes acerca de mi con el proposito de evaluar y administrar mi reclamo. Yo AUTORIZO los siguientes a divulgar tales informaciones: cualquier medico, profesional medico, hospital, clinica, otras instalaciones medicas o relacionadas a la medicina, compania de seguros o de reaseguranza, agencia de informes acerca del consumidor, servicio medico o de hospital, paln de salud pre-pagado, empleador, poseedor de seguro de grupo, poseedor de contrato o administrador de plan de beneficios. Pueden divulgar tales informaciones a Memorial Hermann Health Network Providers, Inc. sus reaseguradores, agencia de informes acerca del consumidor, abogado, agente o administrador independiente de reclamos que este actuando por y en nombre. Yo COMPRENDO que informaciones pertinentes para propositos de reclamos incluyen informaciones relacionadas al empleo e informaciones acerca de los cuidados, asesoria, diagnosis, y tratamiento medicos, equipos medicos proveidos, enfermedad mental, y uso de drogras o alcohol. Yo COMPRENDO que Memorial Hermann Health Network Providers, Inc. no divulgara estas informaciones CON EXCEPCION de companies de reaseguranza, a otras personas u organizaciones que realizan servicios de negocios o legales con relacion a mi reclamo, o como de otra manera lo requiere o lo permite la ley.. Yo Se que puedo recibir una copia de esta Autorizacion a peticion mia. Yo ESTOY DE ACUERDO que una copia fotografica de esta Autorizacion sera tan valida como el original. Yo ESTOY DE ACUERDO que esta Autorizacion sera vilida como sigue : a) Para reclamos de Beneficios de Seguro de Salud, por el periodo mas conto ya sea de un ano a partir de la fecha indicada aqui abajo o de la duracion de la cobertura de esta poliza, o b) Para todos los otros reclamos, por el periodo mas corto ya sea de un ano a partir de la fecha indicada aqui abajo o de la duracion del reclamo. YO GARANTIZO que las informaciones suministradas en este formulario de reclamo son exactas y completas y que es ilegal de suministrar informaciones falsas o que se puedan malinterpretar. Firme aqui: _____ Fecha: _____ Firma del/la Empleado/a Firma del/la Paciente – si no es menor de edad: _____ Fecha: _____			