



## Formulario de reclamación para miembros del HCO

**Atención:** Las reclamaciones pueden ser presentadas por cualquier persona que esté tratando de reconciliar pagos de reivindicación. Cualquier persona que presente dicha reclamación fraudulentamente puede ser sometida a una demanda legal.

**Por favor escriba claramente:**

<b>Primer nombre</b>	<b>I.S.N.(***)</b>	<b>Apellido</b>	<b>Fecha</b>
<b>Domicilio</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>
		<b>Correo Electrónico</b>	

<b>Número de S.S.</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
-----------------------	----------------------------

**Nombre de la Compañía de Seguros o Pagador**

**Domicilio de la Compañía de Seguros o Pagador**

**Número de reclamo**

**Tipo de Cobertura – Salud(HMO\*) o PPO(\*\*) \_\_\_\_\_ Compensación por accidente de trabajo \_\_\_\_\_**

**Tipo de reclamo: Por favor marque todo lo que se refiera a su caso:**

<input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Elegibilidad <input type="checkbox"/> NCM / Utilización <input type="checkbox"/> Otra cosa	<input type="checkbox"/> Referencia / Autorización <input type="checkbox"/> Accesibilidad de asistencia <input type="checkbox"/> Planificación de horario <input type="checkbox"/> Cortesía de los empleados del HCO <input type="checkbox"/> Otra cosa
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**¿Anteriormente, le ha comentado usted algo de esto a algún empleado de Net-Work HCO? Si lo ha hecho ¿A quien? Y ¿Cuándo?**

**Por favor explíquenos su reclamo (puede adjuntar cualquier documento que le ayude a respaldar su caso y puede usar la segunda página.)  
 Para poder manejar su caso mas rápidamente, también puede adjuntar una copia de las facturas con la fecha de asistencia. Por favor explíquenos todo detalladamente e incluya copias de la correspondencia o cualquier otro documento en escrito que tenga que ver con este caso.**

(\*)HMO: Health Maintenance Organization. OMS: Organización de Manutención de Salud  
 (\*\*) PPO: Preferred Provider Organization. OPP: Organización de Prestador Preferente  
 (\*\*\*)ISN: Inicial del Segundo Nombre

