



Neighborhood Health Partnership

A UnitedHealthcare Company

CLAIM FORM

INSTRUCTIONS:

1. Complete this form and be sure to sign it. A separate claim information form must be completed for each family member for whom a claim is being made.
2. For physician office visit claims, be sure to have your provider complete a HCFA 1500 claim form, include your fully itemized bill, proof of payment (credit card receipt, both sides of your cancelled check, or a receipt from your physician's office), and attach all the above information to this form.

Send all claim information to:

Neighborhood Health Partnership Claims Department
PO Box 025680, Miami, FL 33102-5680

NOTICE:

Medical benefits are paid directly to the provider (the doctor, hospital) unless you request us to pay otherwise. However if an assignment of benefits has been made to the provider, we will not pay benefits to you unless you provide a HCFA 1500 claim form completed by the provider and original bills reflecting that you have made payment in full.

For medical bills submitted, please complete the questions below and enclose your fully itemized bills for processing. To expedite your claims, please submit your bills as they are incurred. Make a copy to keep for your records.

Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement may be guilty of insurance fraud.

1. Employee's Name _____ 2. Employee's ID # _____

3. Group # _____ 4. Employee's Phone # _____

5. Employee's Address _____

6. Patient's Name _____ 7. Patient's ID # _____

8. Is claim due to an accidental injury? Yes No

If yes, what happened? _____

When and where did the accident occur? _____

Did accident/injury occur in the course of employment? Yes No

Was this a motor vehicle accident? Yes No

9. Do you or any of your other dependents have other insurance? Yes No

If yes, name of person(s) insured _____

If yes, name of other insurance company _____

Address of other insurance company _____

10. If a motor vehicle accident, name of auto insurance company and policy number _____

11. Name of spouse's employer _____

Address of spouse's employer _____ Phone # _____

Spouse's employer's insurance company _____ Policy # _____

PROVIDER INFORMATION:

Provider's Name _____ Provider's Telephone # _____

Provider's Address _____

Provider's Specialty _____ Provider's Taxpayer ID# (TIN) (_____ - _____)

Provider's Social Security # (_____ - _____ - _____) Provider's UPIN # (_____)

I AUTHORIZE any physician, medical practitioner, hospital, clinic, or medically related facility, consumer reporting agency, insurance or reinsuring company, or employer to give to Neighborhood Health Partnership (NHP) or their legal representatives, any information required to process my claim. This authorization includes information about: (1) drugs, (2) alcoholism, or (3) mental illness. **I ALSO AUTHORIZE NHP** to release any information obtained to reinsuring companies, or other persons or organizations performing business or legal services in connection with my claim, or as may be otherwise lawfully required or as I may further authorize.

I KNOW that I may request to receive a copy of this authorization. **I AGREE** that a photographic copy of this authorization shall be valid, same as the original.

SIGNATURE of patient _____ Date _____

(Patient's or Authorized Person's Signature)



SOLICITUD DE RECLAMACIÓN

INSTRUCCIONES:

1. Complete la información a continuación y firme la solicitud. Es necesario presentar una solicitud de reclamación por cada miembro de la familia por quien se presenta reclamación.
2. Para reclamaciones de visitas a la consulta de un médico, es necesario incluir lo siguiente junto con su reclamación: el formulario de reclamación HCFA 1500, que lo completa su proveedor de servicios, la factura, con el detalle de los pormenores, prueba de pago (recibo de tarjeta de crédito, ambas caras del cheque cancelado, o un recibo de la consulta del médico).

Envíe toda la información de reclamación a:

Neighborhood Health Partnership Claims Department
PO Box 025680, Miami, FL 33102-5680

AVISO:

Los beneficios médicos se pagan directamente al proveedor (médico, hospital), salvo que usted indique lo contrario. Sin embargo, si se ha hecho una designación de beneficios a favor del proveedor, y usted reclama el pago, es necesario que presente el formulario de reclamación HCFA 1500, que lo completa su proveedor de servicios, y la(s) facturas originales como prueba de que usted pagó la cuenta completa.

Para las facturas médicas que someta, por favor, complete las preguntas a continuación, junto con la factura que incluye los pormenores para poder procesar el pago. Para darle un curso más rápido a sus reclamaciones, por favor, someta las facturas enseguida, no las acumule. Siempre guarde una copia para sus archivos.

Cualquier persona que, con intención de fraude o a sabiendas instiga o ayuda a cometer un fraude en contra de una empresa aseguradora, somete una solicitud o reclamación falsa o declaración engañosa, puede ser declarado culpable de fraude de seguro.

1. Nombre del empleado _____
2. # ID del empleado _____
3. # de grupo _____
4. # teléfono del empleado _____
5. Dirección del empleado _____
6. Nombre del paciente _____
7. # ID del paciente _____
8. Esta reclamación, ¿es a consecuencias de un accidente? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué sucedió? _____
 ¿Cuándo y dónde ocurrió el accidente? _____
 El accidente/lesión, ¿está relacionado con su empleo? Sí No
 ¿Esto fue un accidente automovilístico? Sí No
9. Usted o algún otro dependiente, ¿tiene alguna otra cobertura de seguro? Sí No
 Si la respuesta es sí, nombre(s) de la persona(s) asegurada(s) _____
 Si la respuesta es sí, nombre de la otra empresa aseguradora _____
 Dirección de la otra empresa aseguradora _____
10. Si fue un accidente automovilístico, nombre de la empresa aseguradora del vehículo y número de póliza _____
11. Nombre del empleador del cónyuge _____
 Dirección del empleador del cónyuge _____ # de teléfono _____
 Empresa aseguradora del empleador del cónyuge _____ # de póliza _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

Nombre del proveedor _____ # teléfono del proveedor _____
 Dirección del proveedor _____
 Especialidad del proveedor _____ #ID de contribuyente del proveedor (TIN)(_____ - _____)
 # Seguro Social proveedor (_____ - _____ - _____) # ID UPIN del proveedor (_____)

POR ESTE MEDIO AUTORIZO a cualquier médico, médico práctico, hospital, clínica, o institución relacionada con la medicina, agencia de informes del consumidor, empresa aseguradora o reaseguradora, o empleador a proveer a Neighborhood Health Partnership (NHP) o sus representantes legales, cualquier información que se requiera para tramitar mi reclamación. Esta autorización incluye información acerca de: (1) medicamentos/ drogas (2) alcoholismo, (3) enfermedad mental. **TAMBIÉN AUTORIZO A NHP** a brindar cualquier información que obtenga a las empresas reaseguradoras, o a otras personas u organizaciones que lleven a cabo tareas o servicios legales relacionadas con mi reclamación, o conforme legalmente se requiera, o conforme yo autorice en lo adelante.

ENTIENDO que puedo solicitar una copia de esta autorización. **ACEPTO** que una copia fotostática de esta autorización tiene la misma validez que la original.

FIRMA del paciente _____ Fecha _____

(Firma del paciente o persona autorizada)