



Formulario de reclamación de miembros para servicios Médicos / Dental / Vista

Complete una copia del formulario por separado por cada miembro que presente reclamaciones por servicios cubiertos. Consulte las instrucciones a continuación para enviar el formulario.

Información del Empleado

Empleador		# de Seguro Social o Identificación	
Nombre		Fecha de Nacimiento	
Dirección			
Número(s) de Teléfono		Otro	
Correo Electrónico			

Información del Paciente

Nombre del Paciente		Relación con el Suscriptor	☐ Espos(a) ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Otro
Fecha de Nacimiento			
Esta solicitud esta relacionada con un accidente o lesión laboral?	☐ No ☐ Si	Fecha del Accidente	
Esta reclamación esta relacionada a una emergencia médica?	☐ No ☐ Si	Fecha de la Emergencia	

Información del Reclamo

Reclamación	Nombre del Miembro	Fecha(s) del Servicio	Descripción del Servicio	Diagnóstico/Enfermedad (si corresponde)	Cargos Totales	Cantidad Pagada por Ti
1						
2						
3						
4						
Reembolso Total de Reclamaciones						

Otros Seguros de Salud - Información del Titular de la Póliza

Esta sección solo debe completarse si el paciente estaba o está cubierto por otro seguro (incluyendo Medicare) en el momento de la reclamación.

Nombre del Asegurado			
Fecha de Nacimiento		Si es Medicare, Indique Inscripción	☐ Parte A ☐ Parte B ☐ NA
Empleador del Asegurado			
Dirección del Empleador			
Otro Portador Médico		Otro Número de Póliza	
Relación al Suscriptor	☐ Yo ☐ Espos(a) ☐ Otro	Formularios Preparados por	

Envío de Formulario

Número de Teléfono: (888) 326-2555

Fax: (916) 467-1401

Dirección de Correo: BRMS Claims
P.O. Box 2140
Folsom CA 95763

Instrucciones:

- Adjunte una copia de todas las facturas y el comprobante de pago para el reembolso.
- Verifique que las facturas incluyan la fecha y la descripción del servicio, el importe y el nombre del proveedor estampado en el recibo.
- Firma tu formulario de reclamación.**
- Envíe el formulario de reclamación a la dirección postal de BRMS indicada anteriormente.
- Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono que aparece arriba.
- BRMS podrá solicitar información adicional si fuera necesario para procesar su reclamación de acuerdo con las directrices del IRS.

Firma de Empleado

Documentación Aceptable Incluye lo Siguiente:

- Explicación de Beneficios (EOB) de la compañía de seguros
- Estado de cuenta o factura detallada de su proveedor que incluye:
 - Nombre del proveedor
 - Nombre del Paciente
 - Descripción del servicio
 - Fecha original del servicio (la fecha del servicio, no la fecha de pago. Debe corresponder al año del plan en el que está inscrito actualmente).
 - Parte del cargo del paciente

Fecha