FORMULARIO DE PRE-NOTIFICACIÓN

INFORMACIÓN

El formulario debe ser completado en su totalidad y enviado por fax o e-mail.

Enviar a: Claria Life and Health Insurance Company 801 NE 167th Street, 2nd Floor North Miami Beach, Florida 33162
Teléfono: (305)493-3071 Fax: (305)493-3078 Email: medical@claria.us

Aviso: Este formulario no constituye garantía de pago

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de asegurado principal:_____ Apellido de asegurado principal:_____

Nombre del solicitante:_____

Hora: _____ Fecha:_____

Nombre completo del paciente:_____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento:_____ Número de Póliza:_____ Fecha de efectividad:_____

Teléfono:_____ Número Celular:_____ Fax:_____

INFORMACIÓN DE MÉDICO Y HOSPITAL

Médico de cabecera o Referidor: _____

Teléfono:_____ Correo Electrónico: _____

Médico tratante: _____

Teléfono:_____ Correo Electrónico: _____

Hospital / Clínica: _____

Teléfono:_____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DE PROCEDIMIENTO / CIRUGÍA

Procedimiento / Cirugía: _____

Fecha de servicio: _____ Fecha de diagnóstico: _____

Diagnóstico (adjuntar los reportes disponibles): _____

Honorarios Médicos (adjuntar los honorarios disponibles): _____

Hospitalizado ◯ Ambulatorio ◯ Cantidad de dias hospitalizado sí aplica: _____

Pre-Notificación emitida en fecha: _____

_____ _____
Firma del Reclamante, o representante (si es menor de edad) día/mes/año