

Información detallada de la cuenta

Debe adjuntarse la cuenta detallada original de cada proveedor y ésta debe incluir:

- El número de identificación fiscal del proveedor
- El membrete que indique el nombre y dirección de la persona u organización que brinda el servicio
- El nombre completo del paciente que recibe los servicios
- Una descripción de cada servicio
- El cargo por cada servicio

Sírvase llenar todos los ítems en el formulario de reclamo. Si la información solicitada no se aplica al paciente, indique N/A (No aplicable).

Si el otro seguro es primario, sírvase presentar la explicación de los beneficios de la compañía de seguros que es primaria.

Los reclamos que se presenten en idiomas o divisas extranjeras deben ser traducidos al inglés y convertidos a la divisa de los Estados Unidos de América.

Este formulario de reclamo debidamente llenado junto con las cuentas detalladas y la documentación de apoyo debe ser presentado a:

Alliance Benefit Plan Management, Inc.
P.O. Box 3018
Missoula, MT 59806