



# Claim Reimbursement Form

## Medical/Surgical

### WHEN TO USE THIS FORM

**Medical/Surgical Claims** — In-network providers (*doctors, hospitals, etc.*) will file claims directly through their local Blue Cross Blue Shield (BCBS). Most out-of-network providers will also file claims directly with BCBS. Please refer to the back of your Medical ID card for claim filing information. If your provider won't file a claim with BCBS for you or if you paid out-of-pocket for services, you can use this form.

### DEADLINES FOR FILING

View your Summary Plan Description (SPD) at [www.uhh.org/library](http://www.uhh.org/library) to find out your deadlines for submitting claims.

### HOW TO FILL OUT THIS FORM (Use one form per patient; fill out completely, sign, and date)

1. Fill out steps 1 and 2 and attach a document with the itemized claim information to this completed form.

The claim document should include:

- Provider's Name
- Address
- Phone Number
- Full name of patient
- Place of Service
- Diagnosis
- Description of service received
- Date of Service
- Charge amount

\*\*\*A credit card receipt or provider bill **does not qualify** as an itemized claim information document.

2. Tell us who to pay in Step 2. Make sure you sign and date the form in this section. If the payment should go directly to your provider, make sure to include the provider's address.

### ALL SECTIONS MUST BE SIGNED & FULLY COMPLETED!

**Submit your form** — **Fax:** (630) 786-1674

**Email:** [claims@uhh.org](mailto:claims@uhh.org)

(We're always careful with your personal information, but email is not always private or secure. Please keep this in mind before emailing UNITE HERE HEALTH.)

### FOR HELP, CALL:

- » The UNITE HERE HEALTH/member number on the back of your medical (PPO) ID card
- » Or, if you have Kaiser/Harvard Pilgrim medical, call them to learn how to submit a claim

### STEP 1: MEMBER (Employee) INFORMATION

Name	Member ID # (on ID card)	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	<b>Sex:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Phone	Address		
Email	City	State	Zip
Patient Name	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	<b>Sex:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	

### STEP 2: PAYMENT (Check one option)

- ☐ I authorize payment directly to my provider for these services and/or supplies.
- ☐ I authorize payment directly to me.

I certify that the above information is correct and that the bills attached were incurred by the patient listed above.

**Signature (Parent/guardian should sign on behalf of a child under 18) REQUIRED!**

Date (mm/dd/yyyy)

Employee Printed Name

Doctor Name (Only needed if sending payment to provider)

Doctor Address (Only needed if sending payment to provider)

## CUÁNDO DEBE USAR ESTE FORMULARIO

**Reclamaciones médicas/quirúrgicas** — Los proveedores dentro de la red (*médicos, hospitales, etc.*) presentarán las reclamaciones directamente a través de su Blue Cross Blue Shield (BCBS) local. La mayoría de los proveedores fuera de la red también presentarán reclamos directamente con BCBS. Por favor consulte el reverso de su tarjeta de identificación médica para obtener información sobre la presentación de reclamaciones. Si su proveedor no presenta un reclamo ante BCBS por usted o si usted pagó de su bolsillo por los servicios, puede usar este formulario.

## FECHAS LÍMITES PARA PRESENTAR

Vea su Descripción resumida del plan (SPD) en [www.uhh.org/library](http://www.uhh.org/library) para conocer sus fechas límite para presentar reclamos.

## CÓMO LLENAR ESTE FORMULARIO (Use un formulario por paciente; llénelo completamente, fírmelo y ponga la fecha)

1. Complete los pasos 1 y 2 y adjunte un documento con la información detallada del reclamo a este formulario completo. El documento de reclamación debe incluir:

- Nombre del proveedor
- Dirección
- Número de teléfono
- Nombre completo del paciente
- Lugar de Servicio
- Diagnóstico
- Descripción del servicio recibido
- Fecha de servicio
- Monto de cargo

\*\*\*Un recibo de tarjeta de crédito o una factura del proveedor **no califica** como un documento de información de reclamo detallado.

2. Díganos a quién pagar en el Paso 2. Asegúrese de firmar y fechar el formulario en esta sección. Si el pago debe ir directamente a su proveedor, asegúrese de incluir la dirección del proveedor.

## ¡DEBEN FIRMARSE Y COMPLETARSE TODAS LAS SECCIONES EN SU TOTALIDAD!

**Envíe su formulario** — Fax: (630) 786-1674

**Correo electrónico:** [claims@uhh.org](mailto:claims@uhh.org)

(Nosotros tratamos su información personal con sumo cuidado, pero el correo electrónico no siempre es privado o seguro. Por favor tenga esto en cuenta antes de enviar un correo electrónico a UNITE HERE HEALTH.)

## PARA OBTENER AYUDA, LLAME:

- » Al número de UNITE HERE HEALTH/número de miembro en el reverso de su tarjeta de identificación médica (PPO).
- » O, si tiene cobertura médica de Kaiser/Harvard Pilgrim, llámelos para saber cómo presentar un reclamo.

## PASO 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (Empleado)

Nombre	Número de identificación de miembro (en la tarjeta de identificación)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Teléfono	Dirección		
Correo electrónico	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

## PASO 2: PAGO (Marque una opción)

- ☐ Autorizo el pago directamente a mi proveedor por estos servicios y/o suministros.
- ☐ Autorizo el pago directamente a mí.

Certifico que la información anterior es correcta y que el paciente mencionado anteriormente incurrió en las facturas adjuntas.

**Firma (el padre/tutor debe firmar a nombre de un menor de 18 años de edad) ¡REQUERIDA!**

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del empleado en letra de imprenta

Nombre del médico (solo es necesario si envía el pago al proveedor)

Dirección del médico (solo es necesario si envía el pago al proveedor)