



Health Net®

# Cuestionario sobre Reclamos por Servicios Recibidos en el Extranjero

Si usted recibió servicios de cuidado de la salud mientras se encontraba de viaje fuera de los Estados Unidos, debe completar este cuestionario e incluirlo junto con su formulario de reclamo. Asegúrese de responder todas las preguntas para que su reclamo pueda ser procesado rápidamente.

Nombre del suscriptor principal:		N.º del Suscriptor:	
Nombre de la persona que recibió los servicios <i>(si es diferente del suscriptor principal)</i> :			
<b>Nota: El “usted” de estas preguntas hace referencia a la persona que recibió los servicios.</b>			
¿Está inscrito en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de la escuela:	
¿En qué período se encontraba de viaje fuera del país?			
¿Cuál fue la naturaleza de su emergencia que requirió tratamiento médico?			
¿Cuánto tiempo estuvo enfermo antes de recibir atención médica?			
¿Fue admitido en el hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si recibió el tratamiento como paciente ambulatorio, ¿cuántas veces consultó al médico?			
Nombre del hospital, la clínica o el consultorio del médico donde recibió tratamiento:			
Dirección:		Número de teléfono:	
Nombre del médico que le trató:		Número de teléfono:	
¿Recibió pruebas de diagnóstico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es “Sí”, ¿de qué tipo?	
¿Se le realizaron procedimientos quirúrgicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es “Sí”, ¿de qué tipo?	
¿Se le recomendó una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se notificó a su médico de atención primaria en los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es “Sí”, ¿cuándo?	