

CUESTIONARIO DE MATERNIDAD



ESTE FORMULARIO DEBE SER ENVIADO A:

Su Equipo GBG Elite correspondiente • Fax: +1 949-271-4794

Este cuestionario debe ser enviado junto con su formulario de reclamo o solicitud de pre-autorización, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

A. INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): ____ ____ ____ No. de ID GBG: _____

Nombre del Titular de la Póliza (Apellido, Nombre): _____

Fecha de la última Menstruación (dd/mm/aaaa): ____ ____ ____

Historia de Tratamientos de Infertilidad/ Fertilidad (Incluya todos los medicamentos, procedimientos quirúrgicos, etc. durante los últimos 3 años):

La paciente está en un programa de fertilización?

Sí NO

Fecha Esperada de parto:

____ _

Tipo de parto previsto:

Normal Cesárea

Amniocentesis Anticipado u otros exámenes que se deben realizar (si se realizan exámenes, los resultados deben ser enviados a GBG):

B. INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre: _____ Fecha: ____ ____ ____

Dirección: _____ Teléfono: _____

AVISO DE FRAUDE

Cualquier persona que conscientemente, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier declaración o cualquier información falsa, incompleta puede ser culpable de un delito susceptible de sanción por la ley y puede estar sujeto a sanciones civiles. Las respuestas anteriores son verdaderas y correctas según mi conocimiento. Autorizo a cualquier médico, institución médica, farmacia, compañía de seguros, empleador, sindicato o asociación a divulgar información a Global Benefits Group como se requiere para pagar adecuadamente todos los beneficios, si los hay, debido a mí, mi cónyuge, o cualquier otro dependiente. Una fotocopia de esta autorización será considerada efectiva y válida como el original.

Firma de la Paciente: _____ Fecha: ____ ____ ____

Firma del Médico: _____ Fecha: ____ ____ ____

Sello: