



FECHA ____/____/____

PACIENTE _____
EMPLEADO _____
NUMERO DE RECLAMO _____
PROVEEDER _____

NUMERO DEL GRUPO _____
NUMERO DE CUENTA _____
FECHA INCURRIDO _____
CARGO _____

TOCANTE: Estatus de Jornada Completa de Estudiante

Estimado Participante:

Hemos recibido un reclamo para el paciente arriba nombrado y no podemos completar el processamiento de este reclamo hasta recibir verificación de continuación de elegibilidad bajo el Plan.

Según las provisiones de elegibilidad de su Cobertura de Salud de Grupo, todo hijo sobre la edad restrictiva son requeridos a demostrar prueba de Estatus de Jornada Completa de Estudiante.

Favor de completar la declaración abajo: firmar, poner la fecha y devuelva esta forma con una copia del actual Horario de Clases, inclusive número de horas/unidades tomadas.

Yo certifico que el dependiente arriba nombardo tiene _____ años de edad y es un estudiante de jornada completa, matriculado en _____ hora/unidades para el semestre de (primavera o otono) _____ en el ano _____ en la siguiente institución educativa:

Nombre de Instituto: _____

Domicilio: _____

_____ Número Telefónico: _____

Yo certifico que el/ella es soltero (a) y depende de mí para sosten y mantenimiento. Yo autorizo dicha institución para dar cualquier información con respecto al estatus de matriculación de mi hijo (a) dependiente.

Firma del Padre

Fecha

La informacion solicitada debe ser reciba por HealthComp dentro de cuarenta y cinco (45) dias de la fecha de esta solicitud o el reclamo sera negado/cerrado.

Su dependiente tambien puede ser elegible para retener cobertura si ellos estan fuera de su institucion de aprende por razon medicamente necesaria. Por favor revise su Documento del Plan o contacte al Administrador del Plan para informacion adicional.

Si tiene caulquier pregunta, favor llame a nuestra oficina al (800) 442-7247.

Atentamente,

HealthComp Administrators
Departamento de Reclamos