

Medical Claim Form

To correctly complete this form, please read it and the instructions carefully. If you have questions, contact Centivo Member Care in the Centivo app or at the number on the back of your member ID card.

Instructions for completing this form

1. Please **complete Sections 1 and 2** in this form.
2. Then, read the instructions in Section 3 to determine if it's applicable. If it's not, skip to Section 4.
3. Read and sign Section 4.
4. Next, you'll need to send us an itemized bill of charges and proof of payment. Please ask your provider for a an itemized bill for a medical claim submission. The itemized bill should include the following:
 - a. Patient's name
 - b. Date(s) of service
 - c. Procedure codes (CPT codes)
 - d. Diagnosis codes (ICD-10 codes)
 - e. Provider's TIN or Tax Identification Number
 - f. Provider's NPI or National Provider Identifier
 - g. Itemized charges billed for each service

IMPORTANT: If we don't receive this information with your form, your claim processing will be delayed.

1

Primary member information | Please complete each field in this section.

1. Group ID (found on your Centivo member ID card):	2. Member ID (found on your Centivo member ID card):	
3. Primary member's last name:	First name:	M.I.:

2

Patient information | Please complete each field in this section.

9. Patient's name:			
10. Patient's relationship to primary member: Self Spouse Child Other		11. Claim related to employment? Yes No	
12. If YES, patient's employer name:			
13. Patient's employer street address:		City:	State: ZIP:
14. Is claim related to an accident? Yes No	If YES, date of accident (MM/DD/YYYY):	Time:	AM PM

3

Other insurance (if applicable) | Please complete this section ONLY if the primary member or a family member is covered by another group health plan, group pre-payment plan (e.g., Aetna or Cigna), no-fault auto insurance, Medicare or any federal, state or local government plan. If not, please skip this section.

20. Policy or contract holder name:		21. Policy or contract number(s):	
22. Insurance company or administrator name:			
23. Insurance co. or admin. street address:	City:	State:	ZIP:
24. Member's last name:		First name:	
25. Member ID (found on insurance company's member ID card):		26. Member's DOB (MM/DD/YYYY):	

4

Authorization and signature

27. Authorization to release healthcare information:		
Patient or authorized representative name:	Patient or authorized representative signature:	Date:
_____	_____	_____

Now, you're ready to submit the form.

Please send us the completed form, the itemized bill of charges and any required documents from Section 3. Here's how:

To submit in the Centivo app:

1. Log into the app.
2. Go to **Contact Us** in the upper right corner.
3. Select "Other" from the dropdown menu.
4. In the "Describe your issue" section, add "Medical Claim form submission."
5. Click on the paperclip to upload the form and your itemized bill of charges.
6. Click "Submit Message"

To submit via mail, please send to:

Centivo
Attention: Member Claims
199 Scott St, Suite 800
Buffalo, NY 14204

To submit via fax, please send to:

716-219-8796



CONFIDENTIAL

Formulario de reclamo médico

Para completar correctamente este formulario, léalo atentamente y siga las instrucciones. Si tiene preguntas, comuníquese con Centivo Member Care en la aplicación de Centivo o al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Instrucciones para completar este formulario

- 1. **Complete las Secciones 1 y 2** de este formulario.
- 2. Después, lea las instrucciones de la Sección 3 para determinar si corresponde. Si no corresponde, pase a la Sección 4.
- 3. Lea y firme la Sección 4.
- 4. Después, deberá enviarnos una factura detallada de los cargos y un comprobante de pago. Solicite a su proveedor una factura detallada para la presentación de un reclamo médico. La factura detallada debe incluir lo siguiente:

- a. Nombre del paciente

b. Fechas de servicio

c. Códigos de procedimiento (códigos CPT)
- d. Códigos de diagnóstico (códigos ICD-10)

e. TIN o número de identificación fiscal del proveedor
- f. NPI o identificador nacional de proveedores del proveedor

g. Factura detallada de los cargos para cada servicio

IMPORTANTE: Si no recibimos esta información con su formulario, el procesamiento de su reclamo se retrasará.

1

Información del miembro principal | Complete cada campo en esta sección.

1. Identificación del grupo (está en su tarjeta de identificación de miembro de Centivo):	2. Identificación de miembro (está en su tarjeta de identificación de miembro de Centivo):	
3. Apellido del miembro principal:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:

2

Información del paciente | Complete cada campo en esta sección.

9. Nombre del paciente:			
10. Relación del paciente con el miembro principal: Paciente Cónyuge Hijo Otro		11. ¿Está el reclamo relacionado con el empleo? Sí No	
12. En caso afirmativo, nombre del empleador del paciente:			
13. Dirección del empleador del paciente:		Ciudad:	Estado:
14. ¿Está el reclamo relacionado con un accidente? Sí No		En caso afirmativo, fecha del accidente (MM/DD/AAAA):	Hora: a.m. p.m.

Otro seguro (si corresponde) | Complete esta sección SOLO si el miembro principal o un familiar está cubierto por otro plan médico grupal, plan de prepago grupal (p. ej., Aetna o Cigna), seguro de auto sin culpa, Medicare o cualquier plan del gobierno federal, estatal o local. Si no corresponde, omita esta sección.

20. Nombre del titular de la póliza o del contrato:		21. Números de póliza o de contrato:	
22. Nombre de la compañía o del administrador de seguros:			
23. Dirección de la compañía o del administrador de seguros:		Ciudad:	Estado:
		Código postal:	
24. Apellido del miembro:		Primer nombre:	
25. Identificación de miembro (está en la tarjeta de identificación de miembro de la compañía de seguros):		26. Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA):	

Autorización y firma

27. Autorización para revelar información de atención médica:

Nombre del paciente o del representante autorizado:

Firma del paciente o del representante autorizado:

Fecha:

Ahora está listo para enviar el formulario.

Envíenos el formulario completo, la factura detallada de los cargos y cualquier documento necesario de la Sección 3. Así es como se hace:

Para enviarlo por la aplicación de Centivo:

1. Inicie sesión en la aplicación.
2. Vaya a **"Contact Us"** (Contáctenos) en la esquina superior derecha.
3. Seleccione "Other" (Otro) en el menú desplegable.
4. En la sección "Describe your issue" (Describa su problema), agregue "Medical Claim form submission" (Envío de formulario de reclamo médico).
5. Haga clic en el clip para cargar el formulario y su factura detallada de los cargos.
6. Haga clic en "Submit Message" (Enviar mensaje).

Para enviarlo por correo, envíelo a:

Centivo
A la atención de: Member Claims
199 Scott St, Suite 800
Buffalo, NY 14204

Para mandarlo por fax, envíelo a:

716-219-8796