

Para el Afiliado: Los afiliados pueden utilizar este formato para tramitar bajo su póliza de Select Benefits el reclamo de los beneficios médicos que hayan recibido en México a través de proveedores médicos que forman parte de la red del Plan Sekure. Select Benefits es una póliza de seguro médico de beneficios limitados y de vida que está asegurada por Symetra Life Insurance Company, de Bellevue, WA. El trámite del reclamo del beneficio será llevado a cabo por Select Benefits Administrators of America y no por Sekure Healthcare ó por su Plan Sekure. Tome nota de que la versión en inglés de esta forma es la versión oficial y de que la versión en español es sólo para su información.

For the Enrollee: Enrollees may use this form to claim their applicable insurance benefit(s) under their Select Benefits Policy for covered benefits received in Mexico from medical providers in the Sekure Healthcare Network. Select Benefits is a limited benefit medical and life insurance policy insured by Symetra Life Insurance Company, Bellevue, WA. Claims processing will be performed by Select Benefit Administrators of America and not by Sekure Healthcare. Please note the English version is the official version of this form and the Spanish version is for informational purposes only.

Datos del Afiliado / Enrollee's Info	Nombre (Nombre, Apellido Paterno) / Name (First, Last)	# de Seguro Social /SSN #	Fecha de Nac. / Birth Date	Fecha de Contratación / Hire Date
	Dirección Postal del Empleado / Enrollee's Address	Ciudad / City	Estado / State	Código Postal / Zip
Datos del Paciente / Patient's Info	Nombre (Nombre, Apellido Paterno) / Name (First, Last)	Fecha de Nac. / Birth Date	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Relación con el Afiliado/Relationship
	Dirección Postal del Paciente / Patient's Address	Ciudad / City	Estado / State	Código Postal / Zip

Certifico que soy un/una beneficiario/a elegible de Select Benefits y que he recibido servicios médicos el día ___de___de___. Reconozco que he pagado la cantidad de \$_____ en Moneda Nacional Mexicana al proveedor médico por sus servicios cubiertos por el plan Select Benefits. Tengo un recibo oficial del médico por el pago de dichos servicios. También autorizo al proveedor de servicios médicos a compartir mi historial médico asociado con dicho tratamiento con Sekure Healthcare, en caso de ser requerido, para tramitar el pago del reclamo de seguro.

I certify that I am an eligible beneficiary of Select Benefits and I have received covered benefits on (date) _____. I acknowledge that I paid \$_____ in Mexican Currency to the Medical Provider for the covered events under the Select Benefits coverage. I have an official receipt for these benefit services from the medical provider. I also authorize the medical provider to release the medical records associated with this treatment to Sekure Healthcare if so requested in order to process the insurance claim.

Nombre del Afiliado/ Name of Enrollee or Guardian

Firma / Signature

Fecha / Date

Para ser llenado por el Proveedor Médico / To be Completed by the Medical Provider:

Esta forma se utiliza por su paciente para recibir reembolso de cargos médicos cubiertos por el plan de seguros del Afiliado. Favor de llenar la verificación de consulta, de llenar todas las casillas aplicables abajo. *This form is used by your patient to claim an insurance benefit that is payable to the Enrollee. Please perform the Member Verification and complete all the applicable items found below.*

El/La paciente mencionado/a fue atendido/a el día _____ en (lugar) _____. *The above patient was seen by me on (date) _____ and in (place) _____.*

Favor de Indicar el Código del Procedimiento abajo: *Please indicate CPT and ICD9 code(s) below:*

Procedimientos y Diagnósticos Principales del Paciente / Patient Procedures & Principal Diagnosis	
<input type="checkbox"/> 99203 Consulta paciente nuevo /New Patient Consult (30 min)	<input type="checkbox"/> 99213 Consulta paciente establecido / Established Patient Consult (15 min)
<input type="checkbox"/> Exámen Médico General Preventivo / Medical Physical Examination Preventive Care	<input type="checkbox"/> 29951 <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
<input type="checkbox"/> Exámen Ginecológico General / Gynecological Examination	<input type="checkbox"/> 29964 <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
<input type="checkbox"/> Exámen de Seguimiento - Especialista / Follow-up Examination - Specialist	<input type="checkbox"/> 30016 <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
<input type="checkbox"/> Control de Seguimiento de Rutina-Médico General / Routine Follow-up Control GP	<input type="checkbox"/> 30017 <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
<input type="checkbox"/> Atención Médica no Especificada / Not specified Medical Attention	<input type="checkbox"/> 30281 <input type="checkbox"/> Otro/Other _____
<input type="checkbox"/> Otro Indicar/Other Indicate:	<input type="checkbox"/> Otro/Other _____
Auxiliares de Diagnóstico Ordenadas/ Diagnostic Tests Ordered <input type="checkbox"/> Si/Yes	<input type="checkbox"/> Laboratorio/Lab _____ <input type="checkbox"/> Radiología e Imágen/ Image & X-rays _____

Nombre del Médico / Name of Medical Provider

Firma / Signature

Fecha / Date

Instrucciones Para Presentar la Forma / Instructions for Submission:

- Asegurarse de que la forma esté llenada por completo y firmada. *Ensure all Patient and Enrollee Information is completed and signed.*
- Asegurarse de que el proveedor de servicios médicos haya llenado todas las casillas. *Ensure that Medical Provider has completed all items.*
- Mandar por fax esta forma, y una copia de la Factura que muestre el nombre del proveedor médico, la cantidad pagada, y la fecha, a Sekure Healthcare, al número de fax en EU 001(619) 482-0855, ó mandarla por correo a: Sekure Healthcare • 1392 E. Palomar Street, Suite 403-243 Chula Vista, CA 91913 *Fax this form and a copy of the official "Factura" (Receipt) showing the Medical Providers' name, amount paid, and date to Sekure Healthcare at (619) 482-0855 or mail to: Sekure Healthcare • 1392 E. Palomar Street, Suite 403-243 Chula Vista, CA 91913.*
- Sekure Healthcare llamará al número de teléfono que el afiliado haya reportado en la forma dentro de 24 horas de haber recibido el fax. *Sekure Healthcare will make a call to the Enrollee's phone number on the form within 24 hours to confirm receipt of fax.*
- El reembolso será tramitado, y de ser elegible, será pagado al Afiliado/a. *Claim will be processed, and if eligible, benefit paid to the Enrollee.*
- Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en esta forma. Cualquier persona que presente un reclamo falso ó fraudulento para el pago de un beneficio es culpable de un delito y podrá ser sujeta a multas y/o a encarcelamiento en un reclusorio estatal. *For your protection California law requires the following to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.*

Healthcare Access to Mexico

Enrolled members in Sekure Healthcare Program have access to health care in more than 300 cities in Mexico.

• Toll-Free 24 Hour Medical Information Line/ Customer Service/Patient Advocacy

Telephone access when calling in Mexico to qualified physicians who can answer questions on family health care. Telephone assistance in Mexico in finding healthcare providers to meet your specific needs. In Mexico, call **01-800-112-9387**.

How to Use in Mexico

1. Contact the Patient Advocate toll-free and identify your Sekure Healthcare affiliation
 - A. From the US, dial **1-800-251-5329**, select the option for healthcare in Mexico.
 - B. From Mexico, dial **01-800-112-9387**.
2. The Patient Advocate will help you find a healthcare provider, make an appointment, confirm the discounted fee and obtain the Sekure Mexico Benefit Claims Form.
3. The Symetra Insurance Benefits are available for covered events in Mexico only through a claims (reimbursement) basis.
4. Prescription drug insurance benefits are not available in Mexico, only discounts.
5. Member should fax the signed Sekure Mexico Benefit Claims Form with a copy of the provider's receipt (factura) to **(619) 482-0855** in the US or mail to: **Sekure Healthcare - 1392 E. Palomar Street, Suite 403-243 Chula Vista, CA 91913**.
6. Symetra Life will adjudicate claim and make payment, if applicable, to employee at mailing address on record in the US.

Lista Breve de Proveedores Médicos en Mexicali **Short List of Healthcare Providers in Mexicali**

Almater Médicos & Hospital Almater

Calle Madero No.1060
Colonia Nueva, Mexicali, Baja California
Tel: (686) 553-4015
Open 24 hours/ Abierto las 24 horas

Costo de Consulta: \$250 pesos con un Médico General; \$350 pesos con un especialista. Se requiere hacer un reclamo a Symetra para el pago de su beneficio.

Office Visit Cost: \$250 pesos General Practitioner; \$350 pesos Specialist -Need to submit claim to Symetra for reimbursement

DentiCenter de Mexicali

Av. Madero No. 460-1
Zona Centro Mexicali Baja California, México 21100
Tel (760) 235-4162 Tel 01152 (686) 554-6454 in México

Ópticas Devlyn

BLVD. ADOLFO LOPEZ MATEOS # 246 Local 246
Colonia Centro, Mexicali, Baja California, México 21371
Tel 01152(686)552-4343 in México

Full Service - No charge to Members for eye exam. Exámen de la vista sin costo.

Acceso a Servicios Médicos en México

Con el Plan Sekure, los miembros tienen acceso a servicios médicos en más de 300 ciudades de México.

• Línea Telefónica de Información Médica las 24 Horas/ Servicio al Cliente/Servicio de Apoyo al Paciente

Línea telefónica sin costo en México para acceso a doctores calificados, quienes pueden contestar sus preguntas sobre temas de salud. Línea telefónica para ayudar a encontrar proveedores médicos que resuelvan sus necesidades específicas, tales como la localización de médicos en su área. Dentro de México, llame al **01 (800) 112-9387**.

Cómo Utilizar su Plan en México

1. Comuníquese sin costo al teléfono de Apoyo al Paciente e identifique su afiliación con el Plan Sekure.
 - A. Desde los EUA, marque al **1-800-251-5329**, y seleccione la opción para servicios de salud en México.
 - B. Cuando llame desde México, use el **01-800-112-9387**.
2. Nuestro Servicio al Paciente le ayudará a encontrar un proveedor de servicios médicos, a concertar una cita, a confirmar su tarifa con descuento y a obtener la Solicitud Para Reclamos del Plan Sekure México.
3. Los beneficios de seguro de Symetra Life están disponibles para gastos médicos cubiertos en México solamente a través del reembolso de sus gastos.
4. Las medicinas con receta médica no tienen beneficios en México, sino sólo descuentos.
5. Los miembros deben mandar por fax la Solicitud Para Reclamos del Plan Sekure México, debidamente firmada, junto con una copia de su factura médica al **(619) 482-0855** en los EUA, ó mandarla por correo a: **Sekure Healthcare - 1392 E. Palomar Street, Suite 403-243 Chula Vista, CA 91913**.
6. Symetra Life procesará su reclamo y enviará el pago, previa conformidad, al empleado a su dirección registrada en los EUA.

Lista Breve de Proveedores Médicos en Tijuana **Short List of Healthcare Providers in Tijuana**

Médicos de Grupo Angeles & Hospital Angeles de Tijuana

Ave Paseo de los Héroes 10999
Zona Río Tijuana, Tijuana, BC, México 22010
Tel México 01152 (664)635-1900
Open 24 hours/ Abierto las 24 horas

Costo de Consulta: \$250 pesos con un Médico General; \$350 pesos con un especialista. Se requiere hacer un reclamo a Symetra para el pago de su beneficio.

Office Visit Cost: \$250 pesos General Practitioner; \$350 pesos Specialist - Need to submit claim to Symetra for reimbursement.

DentiCenter de Tijuana

Av Paseo Tijuana #8902, Suite 202
Zona Río, Tijuana, B.C.
Tel USA (619) 428-0690

Ópticas Devlyn

Plaza del Río
Zona Río, Tijuana, B.C
Tel Mexico 01152 (664)684-0279

Full Service - No charge to Members for eye exam. Exámen de la vista sin costo.