



## Formulario de reclamación de reembolso de gastos médicos para miembros

Use este formulario de reclamación para que le reembolsen gastos de bolsillo elegibles por servicios **médicos**. **ENVÍE POR CORREO** el formulario y los documentos requeridos a  
Wellcare By Health Net Member Reimbursement Department • P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.  
Envíe un formulario por miembro.

**NOTA IMPORTANTE:** Use este formulario cuando solicite el reembolso de servicios **MÉDICOS** únicamente. Este formulario **NO** debe usarse para reembolsos de farmacia. Comuníquese con su administrador de beneficios o con Servicios al Miembro si la solicitud es sobre servicios dentales de rutina, de farmacia, de la Parte D, de audición, de transporte, de la vista o de entrenamiento físico, o sobre servicios de la tarjeta Flex Card. La información de contacto figura al dorso de su tarjeta de identificación (ID).

### Para solicitar el reembolso de servicios médicos, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE:

#### A. Complete este formulario:

- Escriba en letra de imprenta su nombre y número de identificación (ID) de miembro como aparece en la tarjeta de ID de Wellcare By Health Net.
- Proporcione su dirección postal e incluya su número de teléfono.
- Describa el motivo por el cual solicita el reembolso.
- Brinde la fecha del servicio por el que solicita el reembolso. (Esta es la fecha en la que se prestó el servicio). Enumere por separado las fechas de servicio o de admisión para las hospitalizaciones.
- Escriba en letra de imprenta el nombre del médico o del centro que le proporcionó el servicio.
- Dé una breve descripción del servicio que se proporcionó.
- Escriba el monto solicitado en la línea individual de cada servicio.
- Sume todas las líneas individuales y escriba el monto total solicitado para el reembolso de todos los servicios.

#### B. Cada factura detallada DEBE incluir toda la siguiente información:

- Fecha de cada servicio.
- Lugar de cada servicio: consultorio del médico, laboratorio independiente, hospital para pacientes ambulatorios, hospital para pacientes hospitalizados, centro de convalecencia, hogar del paciente.
- Descripción de cada servicio o suministro médico o quirúrgico proporcionado.
- Cargo de CADA servicio.
- El nombre y la dirección del médico o proveedor. En muchos casos, en la factura se incluyen los nombres de varios médicos o proveedores. **ES MUY IMPORTANTE QUE IDENTIFIQUE EL MÉDICO O PROVEEDOR QUE LE TRATÓ A USTED.** Simplemente marque con un círculo el nombre en la factura.

#### C. Comprobantes de pago:

- Copia del cheque cancelado (frente y dorso).
- Resumen de la tarjeta de crédito que indique que se pagó al proveedor.
- Factura o estado de cuenta del proveedor que incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor; las fechas de servicio; los servicios prestados; y el saldo junto con el método de pago que indique que se pagó: efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ ID del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Escriba una breve descripción de su solicitud:**

Fecha del servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Monto solicitado

**Monto total de la solicitud de reembolso** \_\_\_\_\_

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que se pagó el monto indicado arriba por los servicios recibidos. Entiendo que si la información proporcionada en este formulario es engañosa o fraudulenta, puedo estar sujeto a sanciones civiles o penales por presentar reclamaciones de atención de salud falsas.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Wellcare By Health Net revisará su solicitud de reembolso después de que complete este formulario y adjunte una factura detallada y un recibo de pago de su médico o proveedor. Todas las solicitudes se procesarán dentro de los 60 días a partir de que se reciban. Tenga en cuenta que debe pagarse el total de su factura **antes** de enviar esta solicitud de reembolso y que debe incluir en la solicitud toda la documentación requerida. ENVÍE POR CORREO el formulario y los documentos requeridos a Wellcare By Health Net Member Reimbursement Department • P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.

Para obtener más información, comuníquese con el plan.