

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE RECLAMACIÓN MÉDICA DE MIEMBRO DE MEDICARE

Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y los comprobantes para sus registros.

Envíe el formulario completado (todas las páginas) y los recibos a: ATTN: P.O. Box 1263, Westborough, MA

Instrucciones

Nota: los formularios con información insuficiente no pueden procesarse. Este formulario debe completarse en su totalidad. Los formularios incompletos serán devueltos. Las presentaciones manuales de las reclamaciones no garantizan su reembolso. El miembro debe ser elegible en el momento de brindarse los servicios. Los servicios deben ser un beneficio cubierto por el plan que cumpla con todas las políticas del plan.

En el caso de que su proveedor reciba un pago en exceso de su parte, eternalHealth le reembolsará el monto que usted pagó, menos el monto del costo compartido correspondiente.

Si usted o su proveedor necesitan ayuda o tienen preguntas, llamen a Servicios para los miembros al **800-680-4568**.

1. Complete este formulario en su totalidad.

- Presente las reclamaciones en el plazo de 1 año a partir de la fecha del servicio. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 800-680-4568.
- Lea atentamente el formulario y rellene todas las partes que correspondan.
- Proporcione detalles sobre su reclamación, incluidos el monto, la fecha de servicio y la descripción del servicio o artículo que recibió.
- Presente un formulario por separado para cada solicitud de reembolso.

NOTA IMPORTANTE: los pagos y la correspondencia relacionada se enviarán al domicilio del miembro que figura en los registros, salvo que usted nos proporcione un domicilio de pago alternativo en la Parte 1.

2. Adjunte toda la documentación de respaldo a su formulario completado, incluida una factura detallada con comprobante de pago.

Incluya una factura detallada con la información médica requerida:

- Fecha del servicio
- Descripción de cada servicio o artículo quirúrgico o médico proporcionado
- Cargo por cada servicio o artículo
- Identificador del proveedor (no aplicable para servicios de emergencia fuera de EE. UU.)

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE RECLAMACIÓN MÉDICA DE MIEMBRO DE MEDICARE

Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y los comprobantes para sus registros.

* Información obligatoria

PARTE 1: Información del miembro

Proporcione la información obligatoria. La información del miembro se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Nombre del miembro*	Número de identificación del miembro*	Fecha de nacimiento del miembro* (MM/DD/AAAA)
Domicilio del miembro		
Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio de pago alternativo (si es diferente al domicilio del miembro)		
Ciudad	Estado	Código postal

PARTE 2: información del proveedor

Comuníquese con su proveedor para obtener la siguiente información. El identificador del proveedor no es aplicable para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.

Nombre del proveedor*	Número de identificación del proveedor*
Domicilio del proveedor*	
Ciudad*	Estado*
Teléfono*	Fax

PARTE 3: Otra información del seguro de salud

Deje esta sección en blanco si no tiene cobertura de seguro de salud adicional.

Si su otro seguro es su seguro primario, adjunte una copia de la Explicación de Beneficios (EOB).

Nombre del otro seguro de salud	Número de póliza
Domicilio del seguro de salud	
Ciudad	Estado
	Código postal

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE RECLAMACIÓN MÉDICA DE MIEMBRO DE MEDICARE

PARTE 4: Información de la reclamación

Presente un formulario por separado para cada solicitud de reembolso.

Motivo por el que presenta esta reclamación*

- El proveedor se negó a presentar una reclamación por los servicios cubiertos por Medicare
- El proveedor no puede presentar una reclamación por los servicios cubiertos por Medicare
- El proveedor no participa con eternalHealth
- Otro (especifique): _____

Monto pagado*

Fecha de servicio (MM/DD/AAAA)*

Descripción del servicio o artículo*

PARTE 5: Documentación de respaldo

Adjunte toda la documentación de respaldo a su formulario completado, incluida una factura detallada con comprobante de pago.

La factura detallada debe contener la información médica requerida:

- Fecha del servicio
- Descripción de cada servicio o artículo quirúrgico o médico proporcionado
- Cargo por cada servicio o artículo
- Identificador del proveedor (no aplicable para servicios de emergencia fuera de EE. UU.)

PARTE 6: Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del miembro*

Fecha (MM/DD/AAAA)*

Avisos de reclamación importantes

Advertencia: toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada conforme a la legislación estatal y ser objeto de multas civiles y sanciones penales.