

Formulario de reembolso para miembros para reclamos médicos



UN FORMULARIO POR PACIENTE POR PROVEEDOR

Complete todas las secciones correspondientes con letra de imprenta clara y firme.

1. Nombre del miembro: (Apellido) (Primer nombre) (2.º nombre)	2. N.º de ID del miembro:	3. N.º de ID del grupo:
4. Dirección del miembro:	5. Número de teléfono	6. Fecha de nacimiento:

La siguiente información se debe obtener de su proveedor o estar incluida en la declaración o factura detallada de su proveedor. Si la declaración detallada incluye la información que se solicita en los campos 7 a 8, no es necesario que complete esas secciones en el formulario. No envíe los documentos originales porque no se le devolverán.

7. Fechas de los servicios	Lugar del servicio (consultorio, sala de emergencia, atención de urgencia, hospital, clínica, farmacia, ambulancia, hogar)	Códigos de diagnóstico (ICD-10)	Códigos de procedimiento	Monto cobrado	Monto pagado

Por solicitudes relacionadas con la visión, marque una opción: Seguimiento de cataratas Rutina

<p>8. Nombre del proveedor:</p> <p>_____</p> <p>N.º de ID fiscal del proveedor:</p> <p>_____</p> <p>Dirección de facturación del proveedor:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NPI del proveedor (<i>no obligatorio</i>):</p> <p>_____</p>	<p>9. Otra información del seguro: ¿El miembro está cubierto por otro plan?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre de la otra compañía de seguros:</p> <p>_____</p> <p>Si el otro seguro efectuó el pago, incluya la Explicación de beneficios</p> <p>_____</p>	<p>10. La afección estaba relacionada con:</p> <p>A. Empleo del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>B. Accidente automovilístico</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>C. Fecha del incidente:</p> <p>_____</p>
--	---	--

11. Reclamos extranjeros
Para servicios fuera del país, explique dónde se prestaron los servicios (consultorio, sala de emergencia, atención de urgencia, hospital, clínica, farmacia) y explique el tipo de lesión o enfermedad:

12. Firma (obligatoria):
Certifico que la información anterior es verdadera y exacta, los servicios fueron recibidos y pagados por el monto solicitado, según lo indicado previamente.

Firma: _____ Fecha: _____

Proporcione una copia de su recibo, la factura del proveedor o una declaración que indique el monto pagado al proveedor y el método de pago, y luego envíe este formulario completado junto con su copia de pago a:
Western Health Advantage, Attn: Claims Processing P.O. Box 4380, Portland, OR 97208-4380

Western Health Advantage debe recibir los reclamos en un plazo de 365 días desde la fecha del servicio. Los reclamos que no se reciban en ese plazo no son elegibles para el pago de beneficios. La presentación de este formulario no garantiza el reembolso. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los Servicios para Miembros al 1-888-563-2250 or 916-563-2250, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.