

# Formulario de Solicitud de Reembolso de Servicios Médicos

Puede usar este formulario para solicitarnos que le reembolsemos cuidado y suministros médicos cubiertos. Esto incluye cuidado médico, cuidado dental, cuidado de la vista, servicios para la audición, cuidado en viajes al extranjero y suministros.

- Consulte los documentos de su plan para saber qué pagará su plan.
- Escriba sus respuestas en tinta negra.
- Llene un formulario aparte para **cada** miembro y **cada** proveedor.
- Incluya estados de cuenta de su médico o proveedor para cada artículo. Estos deben incluir una descripción completa del servicio o suministros recibidos.
- Incluya comprobante de pago (por ej., recibo de pago, factura o declaración del proveedor) por cada artículo.
- Para viajes al extranjero, llene un formulario para cada miembro por el viaje completo.
- Hay un formulario aparte para reembolso de medicamentos con receta. Excepción: En el caso de viajes al extranjero, puede usar este formulario tanto para reclamos de servicios médicos como de medicamentos con receta.
- Envíe el formulario llenado y la documentación a la **dirección de Reclamos Médicos** que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro. Puede encontrar la dirección en la sección **Para Proveedores** en la parte de atrás de su tarjeta.

## Información sobre el miembro que recibió los servicios o suministros médicos

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de ID de miembro \_\_\_\_\_ Número de grupo del miembro \_\_\_\_\_

## Información acerca de otra cobertura de seguro

Díganos si tiene otro seguro, como beneficios por viajes, para veteranos u otro seguro de un empleador. Envíenos una copia de la Explicación de Beneficios de la persona asegurada que incluya el cuidado o los suministros médicos por los que usted nos pide el reembolso. Esto nos ayudará a determinar quién paga primero (responsabilidad primaria) y quién paga segundo (responsabilidad secundaria).

Nombre del seguro	Número de póliza

**¿El seguro de accidentes laborales se rehusó a cubrir su accidente o lesión?**     Sí     No     NC

Si la respuesta es sí, envíenos una copia de su Explicación de Beneficios o el documento de parte de un abogado o del seguro de accidentes laborales que diga que no cubren su enfermedad o lesión. Marque “NC” (No corresponde) si usted no reclamó la cobertura.

**¿Su póliza de seguro automotor se rehusó a cubrir su accidente o lesión?**     Sí     No     NC

Si la respuesta es sí, envíenos una copia del documento de la compañía de seguro automotor o de un abogado que diga que no cubren su enfermedad o lesión. Marque “NC” (No corresponde) si usted no reclamó la cobertura.

### Información acerca de sus marcos o lentes

¿Está solicitando un reembolso por artículos para la vista de rutina?     Sí     No

¿Está solicitando un reembolso por el beneficio por catarata?     Sí     No

Si está solicitando un reembolso por el beneficio por catarata, cuál es la fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_

### ¿Dónde obtuvo cuidado o suministros médicos?

El consultorio de su médico     Cuidado de urgencia     Sala de emergencias     A domicilio

Residencia de vivienda asistida o asilo de convalecencia     Hospital

Otro \_\_\_\_\_

¿Se hizo diálisis fuera del área de servicio del plan?     Sí     No

Marque “No” si está inscrito en el plan UnitedHealthcare Senior Supplement.

Nombre del médico o centro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

### Cuidado o suministros médicos que recibió en un crucero o al viajar a un país extranjero

Tipo de viaje:     Crucero     País extranjero

**Nota:** Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte, Saipán, Tinian, Rota o Samoa Americana son territorios de EE. UU., no son países extranjeros.

Los servicios en el extranjero deben ser de emergencia o servicios requeridos de urgencia. Describa la situación que requirió los servicios que se prestaron.

¿En qué ciudad o país se encontraba cuando recibió cuidado o suministros médicos?

¿En qué moneda le facturaron? \_\_\_\_\_

¿En qué moneda pagó? \_\_\_\_\_

- ¿Obtuvo un descuento o reembolso del proveedor?  Sí  No  
Si respondió que sí, ¿cuánto? \_\_\_\_\_
- ¿Pagó un copago o coseguro?  Sí  No  
Si respondió que sí, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

**Si usted tiene un plan UnitedHealthcare Senior Supplement, debe incluir una copia de su recorrido o itinerario de viaje.**

### Firma del miembro

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Al firmar arriba, declaro que la información de este formulario es correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que si pongo información en este formulario que sé que no es verdadera, podría tener que pagar multas e ir a prisión en virtud de la ley federal.

**Marque esta casilla si firma en nombre del miembro.**

Si firmo en nombre del miembro, significa que tengo el derecho legal de firmar en virtud de leyes estatales. Puedo mostrar un comprobante escrito de este derecho si Medicare me lo solicita.

**Si usted está llenando este formulario para el miembro, proporcione su nombre, dirección y número de teléfono**

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con el miembro?

- Cónyuge o pareja  Pariente  Abogado  Representante del patrimonio  Otro \_\_\_\_\_

¿Ha sido nombrado o designado para actuar como representante del miembro?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** debe incluir un documento al presentar este formulario que demuestre su derecho legal a actuar en nombre del miembro (por ejemplo, un poder legal o un Formulario Nombramiento de un Representante de Medicare). Puede encontrar el Formulario Nombramiento de un Representante en el sitio web del plan, adjunto a este formulario o puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que le envíen el formulario.

**Si la respuesta es no,** todas las comunicaciones y actividad respecto de este reclamo se enviarán al miembro solamente.

## Detalles sobre el cuidado o los suministros médicos que usted pagó

**Llene esta tabla para decirnos lo que pagó.** Puede encontrar esta información en la factura de su médico o proveedor, o bien, puede llamar al consultorio para pedirles la información. Los servicios o suministros deben ser de un proveedor que cumple los requisitos para participar en Medicare. Hemos proporcionado un ejemplo en la primera línea para ayudarle a llenar la tabla. Utilice una línea nueva para cada cargo por servicio. Si necesita más lugar, puede usar otra hoja. Por cada servicio, deberá incluir:

- Un estado de cuenta de su médico/proveedor por los servicios o suministros recibidos.
- Comprobante de pago, por ej., recibo de pago, factura o declaración del proveedor. El comprobante de pago debe incluir la siguiente información:
  - El servicio que recibió
  - El costo del servicio (cantidad facturada)
  - La cantidad que usted pagó
  - La fecha en que usted pagó
  - Cómo pagó (cheque, tarjeta de crédito, etc.)

Fecha del servicio	Diagnóstico o enfermedad	Descripción del servicio o suministro	Cantidad de artículos o visitas	Cantidad facturada	Cantidad que usted pagó	¿Se incluye comprobante de pago?
1/15/20XX	Diabetes <b>(ejemplo)</b>	Visita al consultorio <b>(ejemplo)</b>	1	\$123.00	\$123.00	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

He incluido una hoja aparte con detalles adicionales y otra información que creo será útil para procesar mi reembolso.

## ¿Está listo para enviar el formulario llenado?

Envíe el formulario llenado y la documentación a la **dirección de Reclamos Médicos** que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro. Puede encontrar la dirección en la sección **Para Proveedores** en la parte de atrás de su tarjeta.

### **Antes de enviarlo por correo, compruebe que:**

- Haya llenado y firmado el formulario.
- Incluya copias de toda la documentación que pedimos, a saber:
  - Estados de cuenta de su médico o proveedor para cada detalle anterior. Estos deben incluir una descripción completa del servicio o suministros recibidos.
  - Comprobante de pago, por ejemplo, recibo de pago, factura o declaración del proveedor por cada detalle anterior.
  - Explicación de Beneficios de otra compañía de seguros, si corresponde.
  - Recorrido o itinerario de viaje (UnitedHealthcare Senior Supplement únicamente).
  - Poder legal o Formulario Nombramiento de un Representante, si corresponde.
- Conserve una copia de todos los documentos que nos envíe.
- Solicite el reembolso dentro de 1 año de la fecha del servicio. Es posible que no podamos procesar su reembolso una vez transcurrido dicho lapso.

Procesaremos su solicitud de acuerdo con los beneficios de su plan. Una vez procesada, le enviaremos un cheque o una carta de seguimiento.

### **¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.**

Llame al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro.

---

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.