

# Formulario de reclamo de reembolso por servicios dentales para miembros de Medicare



**Completar un formulario por miembro y por proveedor.**

Llene el formulario con letra legible, complete todas las secciones que correspondan, adjunte copias de la factura y la documentación de todo pago que haya hecho e incluya su firma.

## Sección 1 ▶ Datos del miembro

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Número de identificación de miembro			Número de identificación de grupo		
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono ( _____ ) _____			Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____		

## Sección 2 ▶ Pago solicitado

La siguiente información debe obtenerla de su proveedor o debe incluirse en el resumen de cuenta o la factura detallada del proveedor. Si el resumen de cuenta detallado especifica la fecha de servicio y los datos del proveedor, no es necesario que complete dichas secciones en el formulario. **Envíe una copia de las facturas o los recibos. No debe enviar los originales, ya que no le serán devueltos.**

Fecha de servicio (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____		Lugar de prestación del servicio	
Códigos de procedimientos		Monto cobrado \$	

## Sección 3 ▶ Datos del proveedor (incluya la dirección de facturación del proveedor)

Nombre del proveedor			
Identificación tributaria del proveedor		Identificador nacional de proveedores de salud (NPI) del proveedor	
Dirección		Ciudad	
		Estado	Código postal

**Sección 4 ▶ Datos de otro seguro**

¿El miembro está cubierto por otro plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la otra compañía de seguros
Número de póliza	

*Si el otro seguro realizó un pago, incluya la Explicación de beneficios.*

**Sección 5 ▶ Información adicional**

La afección estaba relacionada con:	El empleo del miembro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Un accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro _____
Fecha del incidente (mm/dd/aaaa): _____			

**Reclamos del extranjero**

Para servicios de emergencia o urgencia fuera del país, explique dónde se prestaron los servicios (lugar de prestación del servicio) y qué tipo de lesión o enfermedad tuvo.

**Debe incluir junto con la solicitud de reembolso copias de las facturas o resúmenes de cuenta detallados y la constancia de pago.**

La constancia de pago puede ser un cheque cancelado o un resumen de la tarjeta de crédito que indique el tipo de cambio.

Lugar de prestación del servicio	Tipo de lesión o enfermedad
----------------------------------	-----------------------------

**Sección 6 ▶ Autorización (obligatoria)**

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa, y que los servicios fueron recibidos y pagados con el monto solicitado, según se indica arriba.	
Firma: _____	Fecha: ____ / ____ / _____

Proporcione una copia del recibo, una factura o un resumen de cuenta del proveedor que indique el monto que se le pagó y el método de pago utilizado. Luego, envíe por correo el formulario completo junto con la copia de la constancia de pago.

**¿Está listo para enviar el formulario?** Envíe este formulario a Summit Health:  
Summit Health Plan, Inc. P.O. BOX 820070 Portland, OR 97282 FAX: 855-466-7208

**¿Tiene preguntas?** Contáctese con Servicios al Cliente de Summit Health al 844-827-2355 (TDD/TTY: 711).

**YourSummitHealth.com**