

# Formulario de reclamo de reembolso por servicios médicos 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 diagnóstico (ICD-10)	Códigos de procedimientos
Monto cobrado \$	Monto pagado por el miembro \$

\* Consultorio, sala de emergencias, centro de atención médica urgente, hospital, farmacia, ambulancia, hogar, etc.

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

Nombre 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 brindaron 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
----------------------------------	-----------------------------

#### Gastos de viaje para trasplantes

Se le reembolsarán los costos de transporte y alojamiento que cumplan los requisitos de conformidad con lo establecido en su *Evidencia de cobertura*. **Incluya copias de las facturas o resúmenes de cuenta detallados, y copias de los recibos o el resumen de la tarjeta de crédito como constancia de pago.**

Monto total de gastos de viaje que cumplen los requisitos \$ _____
--

#### 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**