

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MÉDICA DE REEMBOLSO DEL MIEMBRO** (Solo para reclamaciones médicas: complete un formulario por miembro de la familia y por proveedor)

**Instrucciones**

- Será necesario que su proveedor de atención médica lo ayude y le dé información para completar este formulario, incluidos los códigos de procedimiento y los códigos de diagnóstico. Consulte la hoja de ayuda para obtener más información.
- Para solicitar un reembolso, envíe lo siguiente a la dirección que figura al final de este formulario en un plazo de un año a partir de la fecha del servicio<sup>†</sup> (cualquier información faltante podría dar lugar a un retraso o denegación de la solicitud):
  - Este formulario de reembolso completo y firmado
  - Comprobante de servicios prestados
  - Comprobante de pago de los servicios que se solicitan para reembolso
  - Incluya una lista detallada de servicios o artículos de venta al público para revisión de reembolso.
- La mayoría de las solicitudes de reembolso completas se procesan en un plazo de 30 días. Las solicitudes incompletas y las solicitudes de servicios prestados fuera de los Estados Unidos podrían tardar más.
- El reembolso se enviará al suscriptor del plan (consulte la hoja de ayuda para ver la definición) a la dirección que Coordinated Care tiene registrada (para ver su dirección registrada, inicie sesión en [coordinatedcarehealth.com](http://coordinatedcarehealth.com) o llame a Servicios al Miembro al 1-877-644-4613 [TTY: 711]).
- Conserve una copia de todos los recibos y la documentación para sus registros.

**Información del suscriptor**

|           |         |                             |
|-----------|---------|-----------------------------|
| Apellido: | Nombre: | Inicial del segundo nombre: |
|-----------|---------|-----------------------------|

**Información del paciente**

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| N.º de identificación del paciente miembro: | Apellido:                                     | Nombre:   | Inicial del segundo nombre:  |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):           | Dirección postal:                             |   |  |
| Número de teléfono:                         | Dirección de correo electrónico del paciente: | ¿El paciente tiene seguro adicional?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Otro seguro realizó un pago?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "Sí", incluya la explicación de beneficios [Explanation of Benefits, EOB] del plan) |
| Nombre de la otra compañía de seguros:      | Teléfono de la otra compañía de seguros:      | Número de póliza del otro seguro:   |  |

**Información de la reclamación**

(Esta sección debe completarse y será necesario que su proveedor de atención médica lo ayude a completarla).

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Nombre del proveedor de atención médica:  | Número de identificación nacional de proveedor (National Provider Identifier, NPI) del proveedor de atención médica: | Número de identificación fiscal federal del proveedor de atención médica: | Número de teléfono del proveedor de atención médica:  |
| Nombre de la organización/grupo:  | Número de NPI de la organización/grupo:  | Número de teléfono de la organización/grupo:                              | Lugar donde se recibió el tratamiento:  |
| Dirección del proveedor de atención médica:   |  |   | ¿Se recibieron servicios fuera de los EE. UU.?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Explicación detallada de la enfermedad/lesión, incluidas las fechas de la lesión/enfermedad y la explicación sobre si se recurrió a un proveedor no contratado: |  |   |   |

| Códigos de diagnóstico | Descripción del diagnóstico (p. ej., gripe, pierna fracturada, trastorno maniaco-depresivo, asma) | Fechas de servicio | Códigos de procedimiento (para cada servicio prestado)* | Descripciones de procedimientos (p. ej., radiografías, visita al consultorio, análisis de laboratorio, yeso en la pierna, etc.)* | Cantidad pagada |
|------------------------|---|--------------------|---|--|-----------------|
|                        |   | / /                |   |  | \$              |
|                        |   | / /                |   |  | \$              |
|                        |   | / /                |   |  | \$              |
|                        |   | / /                |   |  | \$              |

\* Es posible que los códigos de procedimiento y diagnóstico no estén disponibles para reclamaciones de proveedores minoristas o extranjeros.

† Se eximirá del requisito de un año si usted o su miembro dependiente cubierto no tenían capacidad legal para presentar dicha prueba durante ese año.

**Se exige la firma del miembro de Coordinated Care**

**Cantidad total pagada**

Coordinated Care of Washington, Inc. cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. Coordinated Care no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Certifico que la información de arriba es verdadera y precisa y que se recibieron y pagaron los servicios en la cantidad solicitada como se indica arriba. Reconozco que si alguna información en este formulario es falsa o fraudulenta, mi cobertura podría cancelarse y podría estar sujeta a sanciones penales o civiles por reclamaciones falsas de atención médica. Entiendo que el pago del reembolso se hará al suscriptor del plan y contendrá información sobre el servicio (p. ej., nombre del proveedor, fecha, descripción del servicio).

También entiendo que Coordinated Care puede solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para verificar que se recibieron los servicios y se realizó el pago.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

**Lista de verificación**

- Completé y firmé este formulario en su totalidad.
- Adjunté documentos de prueba de servicios recibidos (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de comprobante de pago).
- Adjunté documentos de Pago de Servicios (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de comprobante de pago).
- Entiendo que la mayoría de las solicitudes de reembolso completas se procesan en un plazo de 45 días. Las solicitudes incompletas y las solicitudes de servicios prestados fuera de los Estados Unidos podrían tardar más.

**Envíe este formulario y toda la documentación a la siguiente dirección:**

Coordinated Care • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 4030 • Farmington, MO 63640-4197

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MÉDICA DE REEMBOLSO DEL MIEMBRO - HOJA DE AYUDA/PREGUNTAS FRECUENTES

| Pregunta   | Respuesta  |
|--|--|
| ¿Para qué se usa este formulario?  | Este formulario se usa para solicitar el pago de la atención médica elegible que ya recibió y pagó cuando el proveedor del servicio se niega a facturar directamente a Coordinated Care. Este formulario no debe usarse para servicios dentales, farmacéuticos ni de la vista.   |
| ¿Cuál es mi responsabilidad?   | Si recibe atención de un proveedor fuera de la red y el proveedor factura más que el cargo usual, razonable y habitual, el miembro será responsable (es decir, del saldo facturado) de la suma de cualquier cantidad que supere el cargo usual, razonable y habitual.<br><b>ESTO NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO.</b> El pago real por el servicio cubierto se pagará al nivel apropiado según los beneficios de su plan y es posible que le facturen la diferencia entre la cantidad permitida de Coordinated Care y los cargos facturados por los proveedores.  |
| ¿Qué pasa si mi servicio se completó fuera del área de servicio?                               | Si estuvo temporalmente fuera del área de servicio y tuvo una emergencia médica o de salud conductual, asegúrese de informarnos su emergencia en un (1) día hábil.<br>La atención de rutina o de mantenimiento no está cubierta fuera del área de servicio y <u>no</u> se reembolsará, a menos que se haya acordado previamente con Coordinated Care antes de recibir los servicios.   |
| ¿Qué pasa después?   | Después de procesar su reclamación, se enviará una carta con la decisión final de la reclamación, y su Explicación de Beneficios (EOB) estará disponible en el portal para miembros. En la EOB se explican los pagos realizados y cualquier cargo que podría deberle al proveedor. Mantenga su EOB archivada por si la necesita en el futuro.  |
| ¿Sabía qué?  | Recibirá un beneficio mayor si usa un proveedor de Coordinated Care. Esto puede resultar especialmente rentable cuando se reciben servicios continuos, como servicios de terapia, o cuando se compra equipo médico duradero.   |
| ¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda para completar este formulario?                  | Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-877-644-4613 (TTY: 711).   |
| Nombre del campo   | Descripción  |
| Información del suscriptor   | El suscriptor es la persona:<br>Que se inscribe en Coordinated Care y firma el formulario de solicitud de membresía en nombre de sí mismo y de sus dependientes.<br>A cuyo nombre se paga la prima.  |
| N.º de identificación del paciente miembro   | N.º de identificación con sufijo, que está en la parte de adelante de la tarjeta de identificación de miembro de Coordinated Care.   |
| Nombre del paciente  | Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del paciente que recibió los servicios.  |
| Fecha de nacimiento del paciente   | Fecha de nacimiento: mes (2 dígitos), día (2 dígitos), año (4 dígitos). Incluya la fecha de nacimiento del recién nacido en el mismo cuadro que los padres.  |
| Nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación fiscal federal del proveedor: | Un proveedor incluye, entre otros, hospitales, médicos, optometristas, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos autorizados y proveedores de equipos médicos duraderos.   |
| ¿En qué entorno recibió tratamiento el paciente?   | Como consultorio, sala de emergencias, hospital para pacientes ambulatorios (para radiografías, pruebas), hospital para pacientes ingresados, clínica, tienda de suministros médicos.  |
| Si los servicios se prestaron fuera de los EE. UU.   | Si corresponde, indique en qué país se prestaron los servicios, en qué idioma (si no es inglés) se redactaron la factura y el comprobante de pago y en qué moneda se pagó la factura.  |
| Diagnóstico: ¿Para qué atendieron al paciente?   | Dé un código de diagnóstico y una descripción detallada de la enfermedad o lesión. (P. ej., gripe, pierna fracturada, trastorno maniaco-depresivo, asma)   |
| Fechas de servicio   | Las fechas en que se prestaron los servicios al paciente.  |
| Procedimientos, servicios o suministros que se dieron  | Dé un código de procedimiento y una descripción detallada. (P. ej., radiografías, visita en el consultorio, análisis de laboratorio, yeso en la pierna, etc.)  |
| Cantidad total pagada  | Cantidad total por el que solicita reembolso   |
| Comprobante de los servicios   | Un documento en el que se muestre que se prestó el servicio, mencionando las fechas del servicio, los servicios prestados y las cantidades pagadas en dólares.   |
| Comprobante de pago  | El proveedor del servicio recibió un documento en el que se demuestra el pago realizado por el miembro. Los ejemplos incluyen: La parte de adelante y de atrás del cheque cancelado emitido al proveedor o la parte de adelante codificada del banco del cheque emitido al proveedor; un extracto o recibo de la tarjeta de crédito; una declaración del proveedor, en papel membretado y con firma autorizada, indicando que se realizó el pago; un recibo por los artículos comprados, con el nombre y la dirección del proveedor preimpresos en el recibo, con los artículos enumerados y la cantidad pagada. |

**Envíe este formulario y toda la documentación a la siguiente dirección:**  
Coordinated Care • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 4030 • Farmington, MO 63640-4197