

FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO DE REEMBOLSO PARA AFILIADOS (Sólo para reclamos médicos -

complete un formulario por miembro de la familia y por proveedor)

Instrucciones

1. Necesitará que su proveedor de atención médica le ayude y le facilite información para completar este formulario, incluidos el código o códigos de procedimiento y de diagnóstico. Se recomienda que lo traiga consigo a su cita. Consulte también la hoja de ayuda para obtener más información.
2. Para solicitar el reembolso, envíe lo siguiente a la dirección que aparece en la parte inferior de este formulario en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio† (cualquier información que falte puede resultar en el retraso o la denegación de la solicitud): a. Este formulario de reembolso completado y firmado b. Comprobante de los servicios prestados c. Comprobante de pago por los servicios cuyo reembolso se solicita d. Incluya una lista detallada de los servicios o artículos de venta al por menor para la revisión del reembolso.
3. La mayoría de las solicitudes de reembolso completadas se tramitan en un plazo de 30 días. Las solicitudes incompletas y las relativas a servicios prestados fuera de Estados Unidos pueden tardar más.
4. El reembolso se enviará al suscriptor del Plan (consulte la hoja de ayuda para ver la definición) a la dirección que Ambetter from Western Sky Community Care tenga registrada (Para ver su dirección registrada, inicie sesión en Ambetter.WesternSkyCommunityCare.com o llame a Servicios para afiliados al 1-833-945-2029 (TTY 711).
5. Conserve una copia de todos los recibos y documentación para su archivo.

Información del suscriptor

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

Información del (de la) paciente

Número de identificación de Ambetter del (de la) paciente:	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
--	-----------	---------	-----------------------------

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Dirección postal:
-----------------------------------	-------------------

Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico del (de la) paciente:	¿Tiene el (la) paciente un seguro adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha pagado otra compañía de seguro?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, incluya la explicación de beneficios (EOB) del plan)
---------------------	---	---	--

Nombre de otra compañía de seguros:	Número de teléfono de otra compañía de seguros:	Otro número de póliza de seguro:
-------------------------------------	---	----------------------------------

Información sobre el reclamo

(Esta sección debe ser completada y usted necesitará que su proveedor de atención médica le ayude a completar esta sección.)

Nombre del proveedor de atención médica:	Número NPI del proveedor de atención médica:	Número de identificación tributaria federal del proveedor de atención médica:	Número de teléfono del proveedor de atención médica:
--	--	---	--

Nombre de la organización/grupo:	Número NPI de la organización/grupo:	Número de teléfono de la organización / grupo:	Entorno donde se recibió el tratamiento:
----------------------------------	--------------------------------------	--	--

Dirección del proveedor de atención médica:	¿Se recibieron servicios fuera de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Explicación detallada de la enfermedad/lesión, incluida la(s) fecha(s) de la lesión/enfermedad y explicación de si se consultó con un proveedor no contratado:
--

Códigos de diagnóstico	Descripción del diagnóstico (por ejemplo, gripe, fractura en una pierna, trastorno maniaco depresivo, asma)	Fecha(s) del servicio	Códigos del procedimiento (por cada servicio prestado) *	Descripciones de los procedimientos (por ejemplo, radiografías, visitas al consultorio, análisis de laboratorio, colocación de yeso en la pierna, etc.) *	Cantidad pagada
.					\$
.					\$
.					\$
.					\$

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

† El requisito de un año no se exigirá si usted o su miembro dependiente cubierto no tenían capacidad legal para presentar dicha prueba durante ese año.

Se requiere la firma del (de la) afiliado(a) de Ambetter

Cantidad total pagada

Ambetter from Western Sky Community Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter from Western Sky Community Care no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Certifico que la información arriba indicada es verdadera y exacta y que los servicios se recibieron y pagaron por la cantidad solicitada, tal como se indica más arriba. Reconozco que si alguna información en este formulario es engañosa o fraudulenta, mi cobertura puede ser cancelada y puedo estar sujeto(a) a sanciones penales y/o civiles por reclamos de atención médica falsos. Entiendo que el pago del reembolso se hará al suscriptor del Plan y contendrá información sobre el servicio (por ejemplo, nombre del proveedor, fecha, descripción del servicio). También entiendo que Ambetter from Western Sky Community Care puede solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para verificar que se recibieron los servicios y se efectuó el pago.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Lista de verificación

1. He completado y firmado este formulario en su totalidad.
2. He adjuntado documentos de prueba de los servicios recibidos (véase en la hoja de ayuda un ejemplo de prueba de pago).
3. He adjuntado documentos de pago por servicios – no relacionados con copago o deducible del plan (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de comprobante de pago).
4. Entiendo que la mayoría de las solicitudes de reembolso completadas se tramitan en un plazo de 45 días. Las solicitudes incompletas y las relativas a servicios prestados fuera de los Estados Unidos pueden tardar más tiempo.

Envíe este formulario y toda la documentación a:

Ambetter from Western Sky Community Care • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

FORMULARIO DE RECLAMO DE REEMBOLSO MÉDICO PARA AFILIADOS - 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 que ya ha recibido. Este formulario no debe usarse para servicios de la vista, dentales o de farmacia.
¿Cuál es mi responsabilidad?	Los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos serán responsabilidad del paciente. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red y éste le factura una cantidad mayor que la habitual, razonable y acostumbrada, el afiliado será responsable (es decir, se le facturará el saldo) de la suma de la cantidad del coseguro y de cualquier cantidad que exceda de la habitual, razonable y acostumbrada. ESTO NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO. El pago real por el servicio cubierto se pagará conforme al nivel apropiado de acuerdo con los beneficios de su plan y es posible que se le facture la diferencia entre la cantidad autorizada por Ambetter Health y los cargos facturados por los proveedores.
¿Qué ocurre si el servicio se ha prestado fuera del área de servicio?	Si estuvo temporalmente fuera del área de servicio y tuvo una urgencia médica o de la salud del comportamiento, asegúrese de informarnos de su emergencia en el plazo de un (1) día laborable. Dependiendo del tipo de plan, pueden aplicarse copagos por la atención de emergencia recibida en un servicio de emergencias. La atención de rutina o de mantenimiento no está cubierta fuera del área de servicio y <u>no se</u> reembolsará a menos que se haya acordado previamente con Ambetter antes de recibir los servicios.
¿Qué ocurrirá después?	Después de tramitar sus reclamos, recibirá una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). La EOB explica los cargos aplicados a su deducible (la cantidad fija en dólares que usted paga por los servicios cubiertos antes de que la aseguradora comience a efectuar los pagos) y cualquier cargo que usted pueda adeudar al proveedor. Conserve su EOB en sus archivos en caso de que la necesite en el futuro. También puede consultar su manual para afiliados en AmbetterHealth.com .
¿Sabía qué?	Usted recibe un beneficio mayor si usa los servicios de un proveedor de Ambetter Health. Esto puede ser especialmente económico cuando recibe servicios continuos como servicios de terapia o cuando compra equipo médico duradero.
¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda para completar este formulario?	Comuníquese con el Servicio para Afiliados al 1-844-606-1926 (TTY 711)
Nombre del campo	Descripción
Información del suscriptor	El suscriptor es la persona: Que se inscribe en un Ambetter from Western Sky Community Care. y firma el formulario de solicitud de afiliación en su nombre y en el de sus dependientes. A nombre de quién se paga la prima.
Número de identificación de afiliado de Ambetter del paciente	Número de identificación con sufijo, que se encuentra en el anverso de la tarjeta de Ambetter from Western Sky Community Care. Tarjeta de identificación de afiliado de salud.
Nombre del paciente	Apellidos, nombre e inicial del segundo nombre del paciente que recibió los servicios.
Fecha de nacimiento del (de la) paciente	Fecha de nacimiento: mes (2 dígitos), día (2 dígitos), año (4 dígitos). Incluir la fecha de nacimiento del recién nacido en la misma casilla que la de los padres.
Nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación tributaria federal del proveedor:	Un proveedor incluye, entre otros, a hospitales, médicos, optometristas, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos autorizados, proveedores de equipos médicos duraderos.
¿En qué entorno recibió tratamiento el(la) paciente?	Por ejemplo, consultorio, sala de emergencia, hospital para pacientes ambulatorios (para radiografías, análisis), hospital para pacientes hospitalizados, clínica, almacén de suministros médicos.
Si los servicios se prestaron fuera de EE.UU.	Si corresponde, indique en qué país se prestaron los servicios, en qué idioma (si no es inglés) se emitieron la factura y el comprobante de pago, y en qué moneda se pagó la factura.
Diagnóstico: ¿Por qué ha sido atendido el paciente?	Indique un código de diagnóstico y una descripción detallada de la enfermedad o lesión. (por ejemplo, gripe, fractura de la pierna, trastorno maniaco-depresivo, asma)
Fecha(s) del servicio	La(s) fecha(s) en que se prestaron los servicios al paciente.
Procedimientos, servicios o suministros proporcionados	Proporcione un código de procedimiento y una descripción detallada. (p. ej., radiografía, visita al consultorio, análisis de laboratorio, colocación de yeso en la pierna, etc.)
Cantidad total pagada	Cantidad total por la que solicita el reembolso.
Prueba(s) del (de los) servicio(s)	Un documento que demuestre que el servicio se ha prestado realmente, en el que aparezcan la(s) fecha(s) del servicio, el(los) servicio(s) prestado(s) y las cantidades pagadas en dólares.
Prueba de pago	Un documento que demuestre que el pago efectuado por el(la) afiliado(a) fue recibido por el proveedor del servicio. Por ejemplo: El anverso y el reverso del cheque cancelado emitido a favor del proveedor o el anverso del cheque emitido a favor del proveedor codificado por el banco; una declaración o recibo de la tarjeta de crédito; una declaración del proveedor, con el membrete del proveedor y firma autorizada, indicando que se ha efectuado el pago; un recibo de 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:

Ambetter from Western Sky Community Care • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010