

Formulario de Reclamo de Reembolso para Afiliados



Este formulario puede usarse para productos de Nombre Publicitario Medicare.

Importante: Complete un Formulario de Reclamo de Reembolso para Afiliados por separado para cada afiliado que solicite un reembolso por servicios cubiertos y para cada médico y/o centro. Para evitar demoras de procesamiento, incluya la siguiente información junto con este formulario:

- Copia de la factura detallada donde se indiquen todos los servicios recibidos. Debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación fiscal del médico y/o centro, así como todos los diagnósticos y códigos de procedimiento.
- Comprobante de pago.¹ (Conserve una copia de todos los recibos y documentos para sus registros.)
- Si este formulario es completado por el representante de un afiliado, llene un Formulario de Designación de un Representante (por sus siglas en inglés, AOR) y adjúntelo al envío.

Envíe todos los reclamos médicos por correo a:

Health Net Medicare Claims
PO Box 3060
Farmington, MO 63640-3822

Envíe todos los reclamos de salud del comportamiento por correo a:

MHN Claims Department
PO Box 14621
Lexington, KY 40512-4621

Cualquier información que falte puede causar una demora en el procesamiento de su solicitud.

Sección 1: Información sobre el afiliado – Complete un formulario por separado para cada persona que recibió servicios:

| | | |
|--|----------------------------------|----------------------------|
| Apellido: | Nombre: | Inicial del segundo nombre |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| N.º de Id. del afiliado: | Fecha de nacimiento: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | M M D D A A A A | |
| Número de teléfono particular: | Dirección de correo electrónico: | |
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Dirección: | <input type="text"/> | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

(continúa)

¹“Comprobante de Pago” incluye, pero no se limita a: una copia del recibo del cargo de la tarjeta de crédito, el estado de cuenta de un crucero, cheques cancelados, el resumen de una cuenta bancaria, comprobantes de extracción de dinero en efectivo o cualquier otro documento que muestre fechas que coincidan con la fecha del servicio médico. También se acepta un recibo válido o una declaración del médico si éstos indican el monto que pagó el afiliado.

Sección 2: Otro seguro – Complete esta sección si corresponde.

¿El afiliado también tiene cobertura de otro seguro médico en este momento?

Sí (Complete la siguiente información.) No

Nombre de la compañía de seguros:

N.º de póliza:

N.º de Id. del suscriptor/afiliado:

¿Este afiliado tiene cobertura de Medicare?

Sí No



Sección 3: Servicios recibidos – Si los servicios se recibieron fuera de los EE. UU., complete también la Sección 4.

Nombre del médico y/o centro:

Número de teléfono del médico y/o centro:

 - -

Dirección del médico y/o centro:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Fecha del servicio:

Monto solicitado para reembolso:

M M D D A A A A

Descripción médica o naturaleza de la enfermedad o lesión:

Autorización para la divulgación de la información médica

Por medio del presente documento, autorizo a cualquier médico, profesional de atención de salud, hospital, clínica u otro centro relacionado desde el punto de vista médico (según se indica más arriba) a proporcionar a Health Net, sus agentes, personas designadas o representantes, toda información relativa al tratamiento médico para propósitos de revisión, investigación o evaluación de solicitudes o reclamos. Además, autorizo a Health Net, sus agentes, personas designadas o representantes, a divulgar a un hospital o plan de servicios de atención de salud, aseguradora o autoaseguradora, cualquier tipo de información médica obtenida si esta divulgación es necesaria para permitir el procesamiento de cualquier reclamo. Si recibo mi cobertura conforme a un Contrato Grupal de Beneficios celebrado por mi empleador, una asociación, un fondo fiduciario, un sindicato o una entidad similar, esta autorización también permite la divulgación de información a dichas entidades en la medida en que sea necesario para propósitos de revisión de la utilización o auditorías financieras. Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y continuará vigente siempre que se solicite a Health Net que procese reclamos conforme a mi cobertura. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Por medio del presente documento, certifico que las declaraciones anteriores son correctas.

Nombre de la persona que completa el formulario
(escriba con letra de molde):

Firma:

Fecha:

Relación – descripción de la autoridad para actuar en nombre del afiliado, si corresponde:

M M D D A A A A

(continúa)

Sección 4: Cuestionario sobre reclamos por servicios recibidos en el extranjero



Si usted recibió servicios de atención de salud mientras viajaba fuera de los Estados Unidos, o bien, en un crucero en aguas extranjeras o nacionales, deberá completar esta sección. Asegúrese de responder todas las preguntas para que su reclamo pueda ser procesado rápidamente. Proporcione todos los documentos disponibles para los servicios recibidos.

¿En qué fechas se encontraba de viaje fuera del país?

¿Cuál fue la naturaleza de su emergencia que requirió tratamiento médico?

¿Cuánto tiempo estuvo enfermo antes de recibir atención médica?

¿Fue admitido en el hospital?

Sí No

Si recibió tratamiento como paciente ambulatorio, ¿cuántas veces consultó al médico?

Nombre del hospital, la clínica o el consultorio del médico donde recibió tratamiento:

Fecha/s de la admisión:

Dirección:

Ciudad:

Código postal:

País:

Número de teléfono:

Nombre del médico que le trató:

Número de teléfono:

¿Recibió pruebas de diagnóstico?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo?

¿Se le realizaron procedimientos quirúrgicos?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo?

¿Se notificó a su médico de cabecera en los EE. UU.?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo?

Nota: Sólo los beneficios cubiertos o aquellos que se consideren médicamente necesarios se tendrán en cuenta para el reembolso.



Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida puede ser culpable de un delito y puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

FRM037459SC00 (12/19)

Section 1557 Non-Discrimination Language
Notice of Non-Discrimination

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Net is contracted with Medicare for HMO, HMO SNP and PPO plans, and with some state Medicaid programs. Enrollment in Health Net depends on contract renewal.

FLY022809E000 (8/18)

Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

| | |
|----------|--|
| ARABIC | تتبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال بالرقم. California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (مكبلا و مصلا فتا ه مقرر: 711). |
| ARMENIAN | ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք: California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711). |
| CHINESE | 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711)。 |
| CUSHITE | XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711). |
| FRENCH | ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711). |
| GERMAN | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711). |
| HINDI | ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711). पर कॉल करें। |
| HMONG | LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711). |
| JAPANESE | 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用い ただけます。California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY:711) にお電話ください。 |
| KOREAN | 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. |

MON-KHMER
CAMBODIAN

ចំណាប់អារម្មណ៍: បេសនអ្នកនយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គមានសវាបអ្នក។ សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP),
1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) ។

PERSIAN

توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد.
لطفاً با شماره California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP),
1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO)
تماس بگیرید. (TTY:711)

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ
ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ California: 1-800-431-9007 (Jade,
Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO) (TTY: 711)
ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ROMANIAN

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență
lingvistică, gratuit. Sunați la Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны
бесплатные услуги перевода. Звоните California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire,
Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913
(HMO and PPO) (TTY: 711).

SPANISH

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de
asistencia lingüística. Llame al California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber,
and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and
PPO) (TTY: 711).

TAGALOG

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga
serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa California:
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other
HMO) (TTY: 711).

THAI

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร California:
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber, and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other
HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до
безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером
Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn
phí dành cho quý vị. Xin gọi California: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber,
and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); Oregon: 1-888-445-8913 (HMO and
PPO) (TTY:711).
