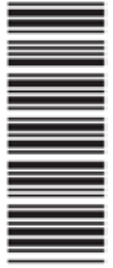


Formulario de Reembolso para Afiliados y Cuestionario de Reclamos Extranjeros



Importante: Complete un formulario por separado para cada afiliado que solicita un reembolso de servicios cubiertos y para cada médico o centro.

Para evitar demoras en el procesamiento, incluya la siguiente información junto con el formulario:

- Copia de las facturas detalladas de todos los servicios recibidos. Deben incluir nombre, dirección, número de teléfono, n.º de identificación fiscal del médico o del centro, fecha del servicio y todos los códigos de diagnóstico y de procedimiento.
- Comprobantes de pago para las solicitudes de reembolsos superiores a \$200¹.
- Consulte las instrucciones en la **Sección 4** sobre el Cuestionario de Reclamos Extranjeros para servicios recibidos fuera de los EE. UU.

Envíe por correo postal todos los documentos a esta dirección: Health Net, LLC
Commercial Claims
PO Box 9040, Farmington, MO 63640-9040

Sección 1: Información del afiliado: *Complete un formulario por separado para cada persona que recibió servicios.*

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
N.º de identificación del afiliado:	Fecha de nacimiento (día/mes/año):	/	/
N.º de teléfono:	Dirección de correo electrónico:		
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

Sección 2: Otro seguro: *Completar si corresponde.*

¿Tiene el afiliado cobertura con otro seguro médico en este momento? <input type="checkbox"/> Sí (<i>Complete la información a continuación.</i>) <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la otra compañía de seguros:	N.º de póliza:
N.º de identificación del suscriptor o afiliado:	¿Tiene este afiliado cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 3: Servicios recibidos: *Si recibió los servicios fuera de los EE. UU., pase a la Sección 4.*

Nombre del médico o del centro:	N.º de teléfono del médico o del centro:	
Dirección del médico o del centro:		
Naturaleza o descripción médica de la enfermedad o lesión:	Fecha del servicio:	Monto de reembolso solicitado:

Autorización para divulgar información médica²

Por el presente autorizo a cualquier médico, profesional de atención de salud, hospital, clínica u otro centro de atención de salud (tal como se mencionó arriba) a proporcionar toda información relacionada con el tratamiento médico a Health Net, sus agentes, las personas que designe o sus representantes para revisar, investigar o evaluar solicitudes o reclamos. Además, autorizo a Health Net, sus agentes, las personas que designe o sus representantes a divulgar a un hospital o plan de servicios de atención de salud, aseguradora o autoaseguradora toda información médica que se obtenga si dicha divulgación es necesaria para permitir el procesamiento de un reclamo. Si mi cobertura se rige por un Contrato de Beneficios para Grupos que ofrece mi empleador, una asociación, un fideicomiso, un sindicato o una entidad similar, se autoriza además la divulgación a estos en la medida en que sea necesario para la revisión de la utilización o para auditorías financieras. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente en tanto se solicite a Health Net que procese reclamos conforme a mi cobertura. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma vigencia y validez que el original. Por el presente certifico que las declaraciones anteriores son correctas.

Nombre de la persona que completa el formulario (en letra de imprenta):	Firma:
Fecha:	Relación: descripción de la autoridad para actuar en nombre del afiliado, si corresponde:

¹ Un comprobante de pago incluye una copia del recibo de cargo a la tarjeta de crédito o el estado de cuenta en línea; cheques pagados; un estado de cuenta bancaria; comprobantes de retiro de efectivo o un estado de cuenta de un crucero.

Nota: Las facturas no se aceptan como comprobante de pago.

² Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento, a menos que ya hayamos tomado medidas respecto de la información divulgada o que, si la ley lo permite, la utilizemos para disputar un reclamo o la cobertura según el plan, según se menciona en el *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Sección 4: Cuestionario de reclamos extranjeros

Si usted recibió servicios de atención de salud mientras viajaba fuera de los Estados Unidos o en un crucero por mares extranjeros o locales, debe completar esta sección. Asegúrese de contestar cada pregunta para que su reclamo se procese de forma rápida. Proporcione todos los registros médicos entregados por el proveedor, p. ej., resumen del expediente clínico, hoja de admisión, documentación del alta hospitalaria y otros documentos que haya recibido, si es posible en inglés.

¿En qué fechas estuvo viajando fuera del país?

¿Qué tipo de emergencia dio lugar al tratamiento médico?

¿Cuánto tiempo estuvo enfermo antes de recibir atención médica?

¿Fue admitido en el hospital?

Sí No

Si recibió atención como paciente ambulatorio, ¿cuántas veces consultó con el médico?

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

Fecha(s) de admisión o del servicio:

Dirección:

País:

N.º de teléfono:

Nombre del médico tratante:

N.º de teléfono:

Naturaleza o descripción médica de la enfermedad o lesión:

Fecha del servicio:

Monto de reembolso solicitado:

¿Le realizaron pruebas de diagnóstico?

Sí No

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

¿Se realizó algún procedimiento quirúrgico?

Sí No

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

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

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo?

Nota: Únicamente los beneficios cubiertos o los que se consideren médicamente necesarios serán tenidos en cuenta para reembolsos.

Para su protección, las leyes de California exigen que el siguiente enunciado conste en este formulario.

Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para presentar un reclamo a fin de recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión del estado.

Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

FRM1584356SC01w (6/24)

Aviso de No Discriminación

Además de cumplir con los requisitos de no discriminación del estado de California (tal como se describe en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de origen racial, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género, atención relacionada con la afirmación de género, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

Health Net brinda lo siguiente:

- Herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 800-522-0088 (TTY: 711).

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que le ha discriminado de alguna otra manera por uno de los motivos enumerados anteriormente, puede presentar una queja formal. Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle a presentar una queja formal. También puede presentar una queja formal por correo postal, fax o correo electrónico:

Correo postal: Health Net of California, Inc., Appeals & Grievances
PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo electrónico: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (para afiliados)

Si tiene un problema de salud urgente y ya presentó una queja ante Health Net of California, Inc., pero no está conforme con la decisión que se tomó, o si pasaron más de 30 días desde que presentó la queja ante Health Net of California, Inc., puede presentar un formulario de revisión médica independiente o un formulario de quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC). Para presentar el formulario de quejas, llame a la mesa de ayuda del DMHC al 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) o visite www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

Si cree que fue víctima de discriminación por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que dicha oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: 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).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية، أو اتصل على مركز الاتصال التجاري (TTY: 711) 1-800-522-0088

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。

Hindi

बनिा लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषयिा प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711)।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Xav tau kev pab, hu peb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav los yog hu 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088、(TTY: 711)。

Khmer

សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíik'e. Ata' halne'ígíí hólq. T'áá hó hazaad k'éhjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowo' nínizingo naaltsoos bee néiho'dólzínígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی . 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Panjabi (Punjabi)

ਬਨਿ ਕਰਿ ਲਾਗਤ ਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚਿ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711)।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).