

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? ☐ Sí (*Complete la información a continuación.*) ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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 utilicemos 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_ndn (12/24)