

Formulario de reembolso de reclamos de Medicare Advantage

Este formulario se utiliza para los miembros que pagaron de su bolsillo y solicitan un reembolso. Debe presentarnos el reclamo dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió los servicios médicos.

Instrucciones:

1. Complete este formulario y adjunte la factura, los recibos y cualquier otra documentación relacionada con esta solicitud de reembolso. Los formularios que no tengan la información requerida pueden demorar el procesamiento de su solicitud.

IMPORTANTANTE: esta información debe estar en la factura o el recibo que presentó, ya que se exige para procesar el reclamo. La información faltante puede provocar una demora en el reclamo o que este no se pague.

- Nombre y dirección del proveedor (médico, hospital, laboratorio, servicio de ambulancia, identificación tributaria, etc.)
- Nombre del paciente
- Códigos de procedimiento
- Fecha de servicio
- Monto cobrado por cada servicio
- Código de diagnóstico

Si no cuenta con un documento con esta información, pídale al proveedor que le proporcione una factura o un recibo que incluya toda la información anterior para cada fecha de servicio.

2. Una vez que haya completado el formulario, envíelo por correo:

Bright HealthCare Medicare Advantage Claims
P.O. Box 211502
Eagan, MN 55121

Asegúrese de adjuntar el recibo o la factura y cualquier comprobante de sus pagos.

Qué sucede a continuación:

- Puede tomar hasta 60 días para que se procese la presentación del reclamo.
- Después de que procesemos su reclamo, le enviaremos una Explicación de pago (EOP) con un cheque para el reembolso correspondiente de acuerdo con sus beneficios del plan.



Si tiene preguntas, llame al 844-926-4520.

Formulario de reclamo del miembro

Utilice un formulario de reclamo separado para cada paciente. Su colaboración para completar todos los puntos en el formulario de reclamo y adjuntar toda la documentación requerida ayudará a facilitar un procesamiento rápido y preciso. CONSULTE EL REVERSO PARA OBTENER LAS INSTRUCCIONES COMPLETAS.

Sección A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido		Nombre		Inic. 2.º n.
¿El paciente tiene otra cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el subscriptor <input type="checkbox"/> Él/ella mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Nombre de la otra empresa de seguro médico	N.º de grupo	Nombre del empleador	N.º de póliza	
Sección B. INFORMACIÓN DEL SUBSCRIPTOR (en la tarjeta de identificación de Bright Health)				
N.º de identificación		N.º de grupo		
Apellido		Nombre		Inic. 2.º n.
Dirección (incluya n.º de dpto.)				
Ciudad			Estado	Código postal
N.º de teléfono del hogar ()		N.º de teléfono laboral ()		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Sección C. INFORMACIÓN MÉDICA				
<p>SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA: use esta sección para informar cualquier servicio de salud CUBIERTO que aún no se haya informado a este plan de Bright Health por parte del proveedor de servicios (el médico, la clínica, la empresa de ambulancias, el enfermero de servicios privados, etc.). Adjunte la factura detallada o una fotocopia. Asegúrese de que no se presenten facturas duplicadas.</p> <p>¿Este gasto médico fue como consecuencia de un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Esta afección o lesión estuvo relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha solicitado compensación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuándo sucedió esta lesión o este accidente? (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / _____</p>				
Código de diagnóstico	Fecha de servicio	Código de procedimiento	Monto cobrado	
LAS FACTURAS DEBEN ESTAR DETALLADAS				
<p>No se pueden procesar los cheques cancelados, los recibos de una caja registradora ni los estados de cuenta "con saldo adeudado" sin detallar. Cada factura detallada debe incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre y dirección del proveedor (médico, hospital, laboratorio, servicio de ambulancia, identificación tributaria, etc.) Nombre del paciente Código del procedimiento Fecha del servicio Monto cobrado por cada servicio Código de diagnóstico 				
<p>Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en este Formulario de reclamo del miembro es auténtica y correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información médica que sea necesaria para procesar este reclamo.</p>				
Firma X		Nombre		Fecha

CÓMO UTILIZAR ESTE FORMULARIO

La mayoría de los proveedores de atención médica presentarán las facturas a Bright Health en su nombre o en nombre de su dependiente. Sin embargo, si un médico no nos factura, puede que le facture a usted directamente. Si recibe una factura de un proveedor de atención médica, puede usar este formulario de reclamo para presentar los cargos ante Bright Health.

Lea las siguientes instrucciones para presentar el reclamo a fin de informarlo a Bright Health.

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Utilice esta sección para identificar al paciente.

SECCIÓN B. INFORMACIÓN DEL SUBSCRIPTOR (en la tarjeta de identificación de Bright Health)

Utilice esta sección para identificar al subscritor. Se puede encontrar parte de esta información en su tarjeta de Bright Health.

SECCIÓN C. INFORMACIÓN MÉDICA: esta sección le corresponde al empleado que obtiene el programa a través del empleador

Servicios de atención médica: utilice esta sección para informar lo que aún no se haya presentado ante Bright Health. Adjunte una fotocopia de la factura detallada.

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE RECLAMO DEL MIEMBRO:

Envíe por correo este formulario de reclamo y una fotocopia de su factura detallada a la siguiente dirección:

Bright Health
Medicare Advantage Claims
P.O. Box 211502
Eagan, MN 55121