

Formulario de reclamo de reembolso

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR RECLAMOS MÉDICOS:

Lea las instrucciones antes de completar el formulario en la página siguiente.

1. El formulario solo es necesario para presentar reclamos por los servicios y suministros no prestados o entregados por el médico o proveedor (es decir, médicos y hospitales fuera de la red). Debe presentar el reclamo en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio. Puede presentar el reclamo en cualquier momento del año. El pago de los beneficios está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de beneficios de Ascension Personalized Care al momento del servicio. El pago no está garantizado solo por completar el formulario. **Debe completar todo el formulario para procesarlo.**
 2. Use un formulario de reclamo por cada familiar y por cada médico o proveedor.
 3. Debe completar todas las secciones del formulario; de lo contrario, es posible que le sea devuelto.
 4. Si el reclamo es por un accidente automovilístico, presente una copia de la Explicación de los beneficios o la Carta de agotamiento de la cobertura (si está disponible).
 5. Si tiene otro seguro, presente una copia de su tarjeta de identificación. Envíe una copia de la Explicación de los beneficios de la otra empresa de seguros por el reclamo que está presentando (es decir, médico o accidente automovilístico).
 6. Si el reclamo es por equipo médico duradero (es decir, silla de ruedas, respirador, oxígeno, etc.), debe presentar la receta médica y la carta de necesidad médica redactada por el médico.
 7. Las facturas y los recibos detallados originales deben incluir:
 - nombre del médico o proveedor;
 - dirección del médico o proveedor;
 - número de identificación fiscal o NPI (identificación nacional del proveedor) del médico o proveedor;
 - nombre del titular de la póliza (miembro);
 - nombre completo del paciente;
 - tipo de servicio y código de procedimiento;
 - fecha del servicio o de la compra;
 - diagnóstico y código de diagnóstico;
 - condición tratada;
 - cargo por cada servicio.
- Importante:** No se aceptan los siguientes documentos: recibos de caja, cheques cancelados, recibos de giros postales o listas personales. Debe presentar las facturas o los recibos originales del médico o proveedor. Guarde una copia porque no se podrán devolver los originales.
8. Si el reclamo es por un médico o proveedor sin contrato, no se le podrá realizar el pago a usted ni al médico. El plan no cubre los servicios prestados por los médicos o proveedores no contratados, excepto en caso de una “verdadera” emergencia.
 9. Revise el formulario de reclamo y los documentos minuciosamente para que podamos procesar su reclamo con precisión y rapidez.

Dirección postal

Envíe por correo electrónico el formulario de reclamo completado con las facturas o los recibos originales y la copia de otra Explicación de Beneficios, si corresponde, a:

Ascension Personalized Care
P.O. Box 1707
Troy, MI 48099-1707

Ascension Personalized Care

FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO (lo debe completar el miembro).

- Complete **toda** la información o el formulario podrá ser devuelto.
- Solo debe completar el formulario si el médico o proveedor no lo presenta por usted.
- Use un formulario por cada familiar y por cada médico o proveedor.
- Adjunte los recibos detallados **originales** . Guarde una copia.
- Envíe toda la información por correo a: **Ascension Personalized Care, PO Box 1707, Troy, MI 48099-1707**

Consulte la página anterior para obtener más indicaciones.

Información del miembro (nombre del titular de la póliza que aparece en el frente de la tarjeta de identificación).										
Nombre legal del miembro (apellido, primer nombre y segundo nombre)							Fecha de nacimiento: MM DD AAAA			
Dirección del miembro, marque la casilla si cambió de dirección <input type="checkbox"/>						Ciudad		Estado	Código postal	
Miembro/Número de contacto			Número de grupo			Nombre del empleador (de corresponder)				
Información del paciente										
Nombre legal del paciente (apellido, primer nombre y segundo nombre)							Fecha de nacimiento: MM DD AAAA			
Relación del paciente con el miembro: <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra						Sexo del paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Información médica del paciente (se encuentra en la factura o el recibo detallado)										
Fecha del servicio/visita				Tipo de visita/Código de diagnóstico			Código de procedimiento		Información del médico o proveedor	
1	MM	DD	AAAA						Nombre	
2	MM	DD	AAAA						Dirección	
3	MM	DD	AAAA						Código postal	
¿El tratamiento se debe a una lesión accidental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No O bien a una lesión laboral: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Descripción de cómo ocurrió la enfermedad/lesión accidental o laboral: Importante: Si fue un accidente automovilístico, presente la Carta de agotamiento de la cobertura de la empresa de seguros. Si está relacionado con el trabajo, incluya el informe de la enfermedad/lesión laboral.										

Fecha del accidente o del comienzo de la enfermedad:										
Información adicional sobre la cobertura (en caso afirmativo, presente una copia de la tarjeta de identificación de Medicare u otra empresa de seguros)										
¿El paciente está cubierto por otra póliza de seguro con beneficios o servicios de atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										

Ascension Personalized Care

Nombre en la otra póliza:	Nombre de la empresa de seguros:	Número de póliza:
---------------------------	----------------------------------	-------------------

Autorización y firma
<p>Certifico que la información anterior está completa y es correcta y que reclamo los beneficios solo por los gastos incurridos por el paciente mencionado arriba. Por la presente, autorizo a cualquier hospital, médico u otro proveedor que haya participado de alguna forma en mi atención o tratamiento a entregar la información que considere necesaria para la adjudicación del reclamo.</p> <p>Importante: Las personas que, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a las empresas de seguros, presenten reclamos con información falsa, incompleta o engañosa serán culpables de un delito grave de tercer grado.</p> <p>Firma del titular de la póliza: _____ Fecha: _____</p>
Autorización de pago a los médicos o proveedores no contratados (Firma necesaria para enviar el pago a los médicos mencionados arriba).
<p>Autorizo a Ascension Personalized Care a pagar los beneficios directamente a los médicos o proveedores mencionados en las facturas o los recibos adjuntos en caso de servicios médicos de emergencia cuando tales médicos o proveedores no estén contratados o la ley del estado donde tengan su domicilio requiera el pago directo, de estar autorizado.</p> <p>Importante: Si el médico o proveedor también presenta un reclamo por los mismos servicios y nos informa que se prestaron los servicios, aceptaremos la prestación aunque la autorización en el formulario no esté firmada.</p> <p>Firma del titular de la póliza _____ Fecha: _____</p>