Formulario De Reclamación Médica De Reembolso Para Miembros 2025-2026

Únicamente para reclamaciones de gastos médicos: Completar un formulario por miembro de la familia y por proveedor

Instrucciones

1. Necesitará que su proveedor de atención de salud le brinde ayuda e información para completar el formulario, incluyendo los códigos de procedimiento y de diagnóstico. Le recomendamos llevar el formulario con usted a su próxima cita. Consulte también la Hoja de Ayuda para obtener más información.
2. Para solicitar el reembolso, envíe lo siguiente a la dirección que se indica en la parte inferior de este formulario en el plazo de un año a partir de la fecha de servicio† (cualquier información que falte dará lugar a un atraso o el rechazo de la solicitud):
a. Este formulario de reembolso completado y firmado b. Prueba de los servicios prestados c. Incluya una prueba detallada del pago de los servicios cuyo reembolso se solicita d. Incluya una lista detallada de los servicios o artículos minoristas para la revisión del reembolso.
3. La mayoría de las solicitudes de reembolso completas se procesan en 30 días. Las solicitudes incompletas y las solicitudes por servicios que se prestaron fuera de los Estados Unidos pueden llevar más tiempo.
4. El reembolso se enviará al suscriptor del plan (consulte la definición en la Hoja de Ayuda) en la dirección que Ambetter Health tiene registrada (para ver la dirección registrada, inicie sesión en AmbetterHealth.com/es/pa o llame a Servicios al Miembro al 1-833-510-4727 (Relay 711).
5. Guarde una copia de todos los comprobantes y documentos en sus registros.

Información del suscriptor

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:

Información del paciente

N.º de identificación (ID) de miembro de Ambetter del paciente:	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Dirección de correo postal:

Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico del paciente:	¿El paciente tiene algún seguro adicional? ☐Sí ☐No	¿Efectuó algún pago el otro seguro?: ☐Sí ☐No (**Si la respuesta es "Sí", incluya la EOB del plan)**

Nombre del otro seguro:	Número de teléfono del otro seguro:	Número de póliza del otro seguro:

Información de la reclamación

(Esta sección es obligatoria y su proveedor de atención de salud deberá ayudarle a completarla)

Nombre del proveedor de atención de salud:	N.º de identificación de proveedor (NPI) del proveedor de atención de salud:	Identificación (ID) fiscal federal del proveedor de atención de salud:	N.º de teléfono del proveedor de atención de salud:
Nombre del grupo/la organización:	NPI del grupo/la organización:	Número de teléfono del grupo/la organización:	Entorno en el que se recibió tratamiento:
Dirección del proveedor de atención de salud:			¿Recibió servicios fuera de los Estados Unidos? ☐Sí ☐No
Explicación detallada de la enfermedad/lesión, incluida la fecha en que se produjo la lesión/enfermedad y explicación en caso de haberse atendido con un proveedor no contratado:			

Códigos de diagnóstico	Descripción del diagnóstico (por ejemplo, gripe, fractura de pierna, trastorno maníaco-depresivo, asma)	Fecha(s) de servicio	Códigos de procedimiento (por cada servicio prestado) *	Descripciones de procedimientos (por ejemplo, radiografía, consulta médica, análisis de laboratorio, yeso en la pierna, etc.) *	Monto pagado
.		/ /			$
.		/ /			$
.		/ /			$
.		/ /			$
					$

No se permiten más de 30 días/un mes de solicitudes de reembolso por formulario.

* Es posible que los códigos de procedimientos y diagnósticos no estén disponibles para reclamaciones de tiendas minoristas o proveedores extranjeros.

† El requisito de un año no se aplicará si usted o el miembro dependiente cubierto no tuvo la capacidad legal para presentar dichas pruebas durante ese año.

Se requiere la firma del miembro de Ambetter

Importe total pagado $

Ambetter Health cumple las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Ambetter Health no excluye ni trata a las personas de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que se pagó el monto indicado arriba por los servicios recibidos. Entiendo que, si la información proporcionada en este formulario es engañosa o fraudulenta, es posible que se cancele mi cobertura y que yo esté sujeto a sanciones civiles o penales por presentar reclamaciones de atención de salud falsas. Entiendo que el pago del reembolso se abonará al suscriptor del plan y contendrá la información del servicio (por ejemplo, nombre del proveedor, fecha, descripción del servicio).
También entiendo que Ambetter Health puede solicitar información adicional que considere necesaria para verificar que se recibieron los servicios y se efectuó el pago.

Nombre en letra imprenta _____ Firma _____ Fecha _____

Lista de verificación

1. He completado y firmado este formulario en su totalidad.
2. He adjuntado los documentos de prueba de servicios que recibí (consulté la hoja de ayuda para ver un ejemplo de comprobante de pago).
3. He adjuntado los documentos de pago de servicios, que no están relacionados con un copago o un deducible del plan (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de comprobante de pago).
4. Entiendo que la mayoría de las solicitudes de reembolso completas se procesan en 45 días. Las solicitudes incompletas y las solicitudes por servicios que se prestaron fuera de los Estados Unidos pueden llevar más tiempo.

Envíe este formulario y toda la documentación a la siguiente dirección:
Ambetter Health • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

HOJA DE AYUDA Y PREGUNTAS FRECUENTES DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS PARA MIEMBROS

Pregunta	Respuesta
¿Para qué se utiliza este formulario?	Este formulario se utiliza para solicitar el pago por la atención médica elegible que ya ha recibido. Este formulario no debe utilizarse para servicios dentales, de la vista o farmacéuticos.
¿Cuál es mi responsabilidad?	Los copagos, deducibles, coseguro y servicios no cubiertos serán responsabilidad del paciente. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red que le factura un monto mayor a lo usual, razonable o habitual, el miembro será responsable (es decir, facturación de saldo) de la suma del monto del coseguro y cualquier importe que supere el cargo usual, razonable y habitual. **ESTO NO SUPONE UNA GARANTÍA DE PAGO**. El pago real de los servicios cubiertos se realizará en el nivel apropiado, de acuerdo con los beneficios de su plan y es posible que le facturen la diferencia entre la cantidad permitida por Ambetter Health y el cargo facturado por el proveedor.
¿Qué ocurre si me atendieron fuera del área de servicios?	Si se encontraba temporalmente fuera del área de servicios y tuvo una emergencia médica o de salud del comportamiento, asegúrese de informarnos acerca de su emergencia en el plazo de un (1) día hábil. Dependiendo del tipo de plan, pueden aplicarse copagos para la atención de emergencia que recibió en una sala de emergencias. La atención de rutina o seguimiento no está cubierta fuera del área de servicios y no será reembolsada, a menos que se haya acordado lo contrario con Ambetter antes de recibir los servicios.
¿Cuál es el siguiente paso?	Luego de procesar su reclamación, usted recibirá una Explicación de beneficios (EOB). La EOB explica los cargos que se aplican a su deducible (el importe fijo en dólares que paga por los servicios cubiertos antes que el seguro comience a realizar los pagos) y cualquier cargo que pueda adeudar al proveedor. Mantenga la EOB en sus registros, en caso de que la necesite en el futuro. También puede consultar el manual del miembro en AmbetterHealth.com.
¿Lo sabía?	Usted recibe un beneficio mayor si utiliza un proveedor de Ambetter Health. Esto puede abaratar los costos, en especial cuando recibe servicios continuos, como los de terapia o al adquirir equipo médico duradero.
¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda para completar este formulario?	Llame a Servicios al Miembro al 1-833-510-4727 (Relay 711)
Nombre del campo	**Descripción**
Información del suscriptor	El suscriptor es la persona que: Se registra en Ambetter Health y firma el formulario de solicitud de membresía en su nombre y en nombre de los dependientes que tiene a su cargo. A nombre de quién se realiza el pago de la prima.
N.º de identificación (ID) de miembro de Ambetter del paciente	N.º de ID con el sufijo, que figura al frente de la tarjeta de ID de miembro de Ambetter Health.
Nombre del paciente	Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del paciente que recibió los servicios.
Fecha de nacimiento del paciente	Fecha de nacimiento: mes (2 dígitos), día (2 dígitos), año (4 dígitos). Incluir la fecha de nacimiento del recién nacido en la misma casilla que la del padre o madre.
Nombre del proveedor, dirección, número de teléfono y N.º de ID fiscal federal del proveedor:	Un proveedor se refiere, entre otros, a hospitales, médicos, optometristas, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos titulados, proveedores de equipos médicos duraderos.
¿En qué entorno recibió el paciente el tratamiento?	En un consultorio, sala de emergencias, hospital ambulatorio (para radiografías, exámenes), hospital para pacientes hospitalizados, clínica, tienda de suministros médicos.
Si los servicios se prestaron fuera de los Estados Unidos	Si corresponde, indique el país en el que se prestaron los servicios, el idioma (si no es inglés) en que está redactada la factura y el comprobante de pago, y la moneda en que se pagó la factura.
Diagnóstico: ¿Por qué tuvo que ser atendido el paciente?	Proporcionar un código de diagnóstico y una descripción detallada de la enfermedad o lesión. (por ejemplo, gripe, fractura de pierna, trastorno maníaco-depresivo, asma)
Fecha(s) de servicio	Las fechas en que se prestaron servicios al paciente.
Procedimientos, servicios o suministros proporcionados	Proporcionar un código de procedimiento y una descripción detallada. (por ejemplo, radiografía, consulta médica, análisis de laboratorio, yeso en la pierna, etc.)
Importe total pagado	Importe total por el que solicita el reembolso.
Prueba de servicios	Un documento que demuestre que el servicio se prestó realmente, indicando la fecha del servicio, el servicio prestado y el importe en dólares abonado.
Comprobante de pago	Un documento que demuestra que el proveedor del servicio recibió el pago que realizó el miembro. Los ejemplos incluyen: el anverso y reverso del cheque cancelado que se emitió a favor del proveedor o el anverso codificado por el banco del cheque que se emitió al proveedor; el estado de la cuenta de la tarjeta de crédito; una declaración escrita del proveedor, con el membrete del proveedor y su firma autorizada, que indica que se efectuó el pago; un comprobante de los artículos adquiridos, con el nombre y dirección del proveedor preimpreso en el comprobante, con un detalle de los artículos y el importe abonado.

Envíe este formulario y toda la documentación a la siguiente dirección:

Ambetter Health • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

Ambetter Health está cubierto por Ambetter Health of Pennsylvania, Inc., que es un emisor de seguros de planes de salud calificados en el Mercado de Seguros de Salud de Pennsylvania. Esta es una solicitud de seguro. ©2025 Ambetter Health of Pennsylvania, Inc., AmbetterHealth.com/es/pa. Para obtener información sobre su derecho a recibir atención del plan de Ambetter Health libre de discriminación o sobre su derecho a obtener servicios de idiomas, asistencia visual o auditiva, visite AmbetterHealth.com y desplace el cursor hasta el final de la página.