

FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO DE REEMBOLSO PARA AFILIADOS DE 2024 - 2025

Para reclamos médicos únicamente – por favor complete un formulario por cada miembro de la familia por cada proveedor.

Instrucciones

- Necesitará que su proveedor de atención médica le ayude y le proporcione información para completar este formulario, incluyendo el/los código(s) de procedimiento y el/los código(s) de diagnóstico. Se recomienda que lo traiga consigo a su cita. Consulte también la hoja de ayuda para obtener más información.
- Para solicitar el reembolso, por favor envíe lo siguiente a la dirección que aparece al final de este formulario en un plazo de un año a partir de la fecha de servicio† (cualquier información que falte puede resultar en el retraso o la denegación de la solicitud):
 - AEste formulario de reembolso completado y firmado
 - b. Prueba de los servicios prestados
 - c. Incluya una prueba detallada de pago de los servicios cuyo reembolso se solicita.
 - d. Incluya una lista detallada de los servicios o artículos de venta al por menor cuyo reembolso se solicita revisar.
- La mayoría de las solicitudes de reembolso completadas se traman en un plazo de 30 días. Las solicitudes incompletas y las que se refieren a servicios prestados fuera de Estados Unidos pueden tardar más.
- El reembolso se enviará al suscriptor del Plan (consulte la hoja de ayuda para ver la definición) a la dirección que Ambetter de Absolute Total Care tiene registrada (Para ver su dirección registrada, ingrese a Ambetter.AbsoluteTotalCare.com o llame a Servicios para los Afiliados al 1-833-270-5443 (TTY 711).
5. Conserve una copia de todos los recibos y la documentación para sus archivos.

Información del suscriptor

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	---------	-----------------------------

Información del (de la) paciente

Número de identificación de afiliado de Ambetter del (de la) paciente:	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
--	-----------	---------	-----------------------------

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

Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico del (de la) paciente:	¿Tiene el (la) paciente un seguro adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El otro seguro ha realizado un pago?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si la respuesta es sí, incluya la Explicación de Beneficios (EOB) del plan]
---------------------	---	---	--

Nombre de la otra compañía de seguros:	Número de teléfono de la otra compañía de seguros:	Número de la póliza del otro seguro:
--	--	--------------------------------------

Información del reclamo

(Es obligatorio completar esta sección y necesitará la ayuda de su proveedor de atención médica para completarla.)

Nombre del proveedor de atención médica:	Número de NPI del proveedor de atención médica:	Núm. de identificación federal de impuestos del proveedor de atención médica:	Número telefónico del proveedor de atención médica:
--	---	---	---

Nombre de la organización/el grupo:	Número de NPI de la organización/el grupo:	Número telefónico de la organización/el grupo:	Entorno en el que se recibió el tratamiento:
-------------------------------------	--	--	--

Dirección del proveedor de atención médica:	¿Se recibieron los servicios fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Explicación detallada de la enfermedad/lesión, incluyendo la(s) fecha(s) de la lesión/enfermedad y una explicación si se usó un proveedor que no está bajo contrato:
--

Códigos de diagnóstico	Descripción del diagnóstico (por ejemplo, gripe, fractura de la pierna, trastorno maníaco - depresivo, asma)	Fecha(s) del servicio	Códigos de procedimiento (por cada servicio prestado)*	Descripciones de procedimientos (por ejemplo, radiografía, visita al consultorio, análisis de laboratorio, férula de yeso en la pierna, etc.)*	Cantidad pagada
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$

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

* Los códigos de procedimiento y diagnóstico pueden no estar disponibles para reclamos de proveedores minoristas o extranjeros.

† No se exigirá el requisito de un año si usted o su afiliado dependiente cubierto no tenían capacidad legal para presentar dichas pruebas durante ese año.

Se requiere la firma del afiliado(a) de Ambetter

Cantidad total pagada

Ambetter de Absolute Total Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter de Absolute Total Care no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Doy fe de que la información anterior es verdadera y exacta y de que los servicios fueron recibidos y pagados por la cantidad solicitada según lo indicado anteriormente. Comprendo que, si cualquier información de este formulario es engañosa o fraudulenta, mi cobertura puede ser cancelada y puedo estar sujeto a sanciones penales y/o civiles por reclamos falsos de atención médica. Entiendo que el pago del reembolso se hará al suscriptor del Plan y contendrá información sobre el servicio (por ejemplo, nombre del proveedor, fecha, descripción del servicio).

También entiendo que Ambetter de Absolute Total Care puede solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para verificar que se recibieron los servicios y se realizó el pago.

Nombre en letra de molde	Firma	Fecha
--------------------------	-------	-------

Lista de verificación

- He completado y firmado este formulario en su totalidad.
- He adjuntado documentos de prueba de los servicios recibidos (véase la hoja de ayuda para un ejemplo de prueba de pago).
- He adjuntado documentos de pago de servicios no relacionados con el copago o deducible del plan (véase la hoja de ayuda para un ejemplo de prueba de pago).
- Entiendo que la mayoría de las solicitudes de reembolso completadas se traman en un plazo de 45 días. Las solicitudes incompletas y las que se refieren a servicios prestados fuera de los Estados Unidos pueden tardar más.

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

Ambetter from Absolute Total Care • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO DE REEMBOLSO PARA AFILIADOS - HOJA DE AYUDA / PREGUNTAS FRECUENTES

Pregunta	Respuesta
¿Para qué se utiliza este formulario?	Este formulario se utiliza para solicitar el pago de la atención médica elegible que usted ya ha recibido. Este formulario no debe utilizarse para servicios de la vista, dentales o de farmacia.
¿Cuál es mi responsabilidad?	Los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos serán responsabilidad del (de la) paciente. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red y el proveedor factura más que el cargo usual, razonable y acostumbrado, el (la) afiliado(a) será responsable (es decir, se le facturará el saldo) por la suma de la cantidad de coseguro y cualquier cantidad que sobrepase el cargo usual, razonable y acostumbrado. ESTO NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO. El pago real por el servicio cubierto se pagará al nivel apropiado según los beneficios de su plan y es posible que se le facture la diferencia entre la cantidad autorizada por Ambetter Health y los cargos facturados por el proveedor.
¿Qué ocurre si mi servicio se realizó fuera del área de servicio?	Si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio y tiene una emergencia médica o del comportamiento, asegúrese de informarnos de su emergencia dentro de un (1) día hábil. Según su tipo de plan, pueden aplicarse copagos para la atención de emergencia recibida en una sala de emergencias. La atención de rutina o de mantenimiento no está cubierta fuera del área de servicio y <u>no</u> se reembolsará a menos que se acuerde previamente con Ambetter antes de recibir los servicios.
¿Qué ocurre después?	Después de tramar sus reclamos, recibirá una Explicación de Beneficios (EOB). La EOB explica los cargos aplicados a su deducible (la cantidad fija en dólares que usted paga por los servicios cubiertos antes de que la compañía de seguros comience a hacer los pagos) y cualquier cargo que usted pueda deber al proveedor. Guarde su EOB en su archivo por si la necesita en el futuro. También puede consultar su manual del afiliado en AmbetterHealth.com.
¿Sabía qué?	Usted recibe un beneficio mayor si utiliza un proveedor de Ambetter Health. Esto puede ser especialmente rentable cuando recibe servicios continuos como servicios de terapia o cuando compra equipo médico duradero.
¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda para completar este formulario?	Comuníquese con Servicios para los Afiliados al 1-833-270-5443 (TTY 711)
Nombre del campo	Descripción
Información del suscriptor	El suscriptor es la persona: Que se inscribe en Ambetter de Absolute Total Care y firma el formulario de solicitud de afiliación en su nombre y en el de sus dependientes. En cuyo nombre se paga la prima.
Número de identificación de afiliado de Ambetter del (de la) paciente	N.º de Identificación con sufijo, que se encuentra en el anverso de la tarjeta de identificación del (de la) afiliado(a) de Ambetter de Absolute Total Care.
Nombre del (de la) paciente	Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del (de la) paciente que recibió los servicios.
Fecha de nacimiento del (de la) paciente	Fecha de nacimiento: mes (2 dígitos), día (2 dígitos), año (4 dígitos). Incluya la fecha de nacimiento del recién nacido en la misma casilla que la de los padres.
Nombre del proveedor, dirección, número de teléfono, número de identificación federal de impuestos del proveedor:	Un proveedor incluye, pero no se limita a, hospitales, médicos, optometristas, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos autorizados, proveedores de equipos médicos duraderos.
¿En qué entorno recibió el (la) paciente el tratamiento?	Por ejemplo, consultorio, sala de emergencias, hospital para pacientes ambulatorios (para radiografías, análisis), hospital para pacientes internados, clínica, tienda de suministros médicos.
Si los servicios se han prestado fuera de los Estados Unidos	Si corresponde, indique en qué país se prestaron los servicios, en qué idioma (si no es el inglés) se escribió la factura y el comprobante de pago, y en qué moneda se pagó la factura.
Diagnóstico: ¿Para qué consultó el(la) paciente?	Proporcione un código de diagnóstico y una descripción detallada de la enfermedad o lesión. (por ejemplo, gripe, fractura de pierna, trastorno maniacodepresivo, asma)
Fecha(s) del servicio	La fecha o fechas en que se prestaron los servicios al (a la) paciente.
Procedimientos, servicios o suministros proporcionados	Proporcione un código del procedimiento y una descripción detallada. (por ejemplo, radiografía, visita al consultorio, análisis de laboratorio, férula de yeso en la pierna, etc.)
Cantidad total pagada	Cantidad total por la que solicita el reembolso.
Prueba de servicio(s)	Un documento que demuestre que el servicio fue realmente prestado, enumerando la(s) fecha(s) del servicio, el (los) servicio(s) prestado(s) y las cantidades en dólares que se pagaron.
Prueba de pago	Un documento que demuestre que el pago realizado por el afiliado fue recibido por el proveedor del servicio. Algunos ejemplos son: El anverso y el reverso del cheque cancelado emitido a favor del proveedor o el anverso codificado por el banco del cheque emitido a favor del proveedor; un comprobante o recibo de la tarjeta de crédito; una declaración del proveedor, con membrete del proveedor y firma autorizada, que indique que se ha efectuado el pago; un recibo de artículos comprados, con el nombre y la dirección del proveedor preimpresos en el recibo, con los artículos listados y la cantidad pagada.

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

Ambetter from Absolute Total Care • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

Ambetter de Absolute Total Care está suscrito por Absolute Total Care, Inc., la cual es una emisora de Planes de Salud Calificados en el Mercado de Seguros de Salud de South Carolina. Esta es una oferta de seguro. ©2024 Absolute Total Care, Inc., Ambetter.AbsoluteTotalCare.com. Para obtener información sobre su derecho de recibir un plan de Ambetter de Absolute Total Care libre de discriminación, o sobre su derecho de recibir servicios de asistencia del lenguaje, auditiva y/o visual, por favor visite AmbetterHealth.com y desplácese hasta el final de la página.