

# Formulario de Reclamo de Reembolso para Afiliados



Este formulario puede usarse para productos de Nombre Publicitario Medicare.

**Importante:** Complete un Formulario de Reclamo de Reembolso para Afiliados por separado para cada afiliado que solicite un reembolso por servicios cubiertos y para cada médico y/o centro. Para evitar demoras de procesamiento, incluya la siguiente información junto con este formulario:

- Copia de la factura detallada donde se indiquen todos los servicios recibidos. Debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación fiscal del médico y/o centro, así como todos los diagnósticos y códigos de procedimiento.
- Comprobante de pago.<sup>1</sup> (Conserve una copia de todos los recibos y documentos para sus registros.)
- Si este formulario es completado por el representante de un afiliado, llene un Formulario de Designación de un Representante (por sus siglas en inglés, AOR) y adjúntelo al envío.

**Envíe todos los reclamos médicos por correo a:**

Allwell Medicare Claims  
PO Box 3060  
Farmington, MO 63640-3822

**Envíe todos los reclamos de salud del comportamiento por correo a:**

MHN Claims Department  
PO Box 14621  
Lexington, KY 40512-4621

**Cualquier información que falte puede causar una demora en el procesamiento de su solicitud.**

**Sección 1: Información sobre el afiliado –  
Complete un formulario por separado para cada persona que recibió servicios:**

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N.º de Id. del afiliado:	Fecha de nacimiento:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	M M D D A A A A	
Número de teléfono particular:	Dirección de correo electrónico:	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección:	<input type="text"/>	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(continúa)

<sup>1</sup>“Comprobante de Pago” incluye, pero no se limita a: una copia del recibo del cargo de la tarjeta de crédito, el estado de cuenta de un crucero, cheques cancelados, el resumen de una cuenta bancaria, comprobantes de extracción de dinero en efectivo o cualquier otro documento que muestre fechas que coincidan con la fecha del servicio médico. También se acepta un recibo válido o una declaración del médico si éstos indican el monto que pagó el afiliado.

**Sección 2: Otro seguro – Complete esta sección si corresponde.**



¿El afiliado también tiene cobertura de otro seguro médico en este momento?

Sí (Complete la siguiente información.)  No

Nombre de la compañía de seguros:

N.º de póliza:

N.º de Id. del Suscriptor/Afiliado:

¿Este afiliado tiene cobertura de

Medicare?  Sí  No

**Sección 3: Servicios recibidos – Si los servicios se recibieron fuera de los EE. UU., complete también la Sección 4.**

Nombre del médico y/o centro:

Número de teléfono del médico y/o centro:

 -  - 

Dirección del médico y/o centro:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Fecha del servicio:

M M D D A A A A

Monto solicitado para reembolso:

Descripción médica o naturaleza de la enfermedad o lesión:

**Autorización para la divulgación de la información médica**

Por medio del presente documento, autorizo a cualquier médico, profesional de atención de salud, hospital, clínica u otro centro relacionado desde el punto de vista médico (según se indica más arriba) a proporcionar a Allwell, sus agentes, personas designadas o representantes, toda información relativa al tratamiento médico para propósitos de revisión, investigación o evaluación de solicitudes o reclamos. Además, autorizo a Allwell, sus agentes, personas designadas o representantes, a divulgar a un hospital o plan de servicios de atención de salud, aseguradora o autoaseguradora, cualquier tipo de información médica obtenida si esta divulgación es necesaria para permitir el procesamiento de cualquier reclamo. Si recibo mi cobertura conforme a un Contrato Grupal de Beneficios celebrado por mi empleador, una asociación, un fondo fiduciario, un sindicato o una entidad similar, esta autorización también permite la divulgación de información a dichas entidades en la medida en que sea necesario para propósitos de revisión de la utilización o auditorías financieras. Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y continuará vigente siempre que se solicite a Allwell que procese reclamos conforme a mi cobertura. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Por medio del presente documento, certifico que las declaraciones anteriores son correctas.

Nombre de la persona que completa el formulario

(escriba con letra de molde):

Firma:

Fecha:

M M D D A A A A

Relación – descripción de la autoridad para actuar en nombre del afiliado, si corresponde:

(continúa)

## Sección 4: Cuestionario sobre reclamos por servicios recibidos en el extranjero



Si usted recibió servicios de atención de salud mientras viajaba fuera de los Estados Unidos, o bien, en un crucero en aguas extranjeras o nacionales, deberá completar esta sección. Asegúrese de responder todas las preguntas para que su reclamo pueda ser procesado rápidamente. Proporcione todos los documentos disponibles para los servicios recibidos.

¿En qué fechas se encontraba de viaje fuera del país?

¿Cuál fue la naturaleza de su emergencia que requirió tratamiento médico?

¿Cuánto tiempo estuvo enfermo antes de recibir atención médica?

¿Fue admitido en el hospital?

Sí  No

Si recibió tratamiento como paciente ambulatorio, ¿cuántas veces consultó al médico?

Nombre del hospital, la clínica o el consultorio del médico donde recibió tratamiento:

Fecha/s de la admisión:

Dirección:

Ciudad:

Código postal:

País:

Número de teléfono:

Nombre del médico que le trató:

Número de teléfono:

¿Recibió pruebas de diagnóstico?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo?

¿Se le realizaron procedimientos quirúrgicos?

Sí  No

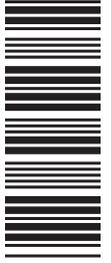
Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo?

¿Se notificó a su médico de cabecera en los EE. UU.?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo?

**Nota:** Sólo los beneficios cubiertos o aquellos que se consideren médicamente necesarios se tendrán en cuenta para el reembolso.



Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida puede ser culpable de un delito y puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

FRM027414SC00 (11/19)



Section 1557 Non-Discrimination Language  
Notice of Non-Discrimination

Allwell complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Allwell does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Allwell:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Allwell’s Member Services telephone number listed for your state on the Member Services Telephone Numbers by State Chart. From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Allwell has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number in the chart below and telling them you need help filing a grievance; Allwell’s Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201,

1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Member Services Telephone Numbers by State Chart

State	Telephone Number and Plan Type
<b>Arizona</b>	1-800-977-7522 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711)
<b>Arkansas</b>	1-855-565-9518 (TTY: 711)
<b>Florida</b>	1-877-935-8022 (TTY: 711)
<b>Georgia</b>	1-844-890-2326 (HMO); 1-877-725-7748 (HMO SNP) (TTY: 711)
<b>Illinois</b>	1-855-766-1736 (TTY: 711)
<b>Indiana</b>	1-855-766-1541 (HMO and PPO); 1-833-202-4704 (HMO SNP) (TTY: 711)
<b>Kansas</b>	1-855-565-9519 (HMO); 1-833-402-6707 (HMO SNP) (TTY: 711)
<b>Louisiana</b>	1-855-766-1572 (HMO); 1-833-541-0767 (HMO SNP) (TTY: 711)
<b>Mississippi</b>	1-844-786-7711 (HMO); 1-833-260-4124 (HMO SNP) (TTY: 711)
<b>Missouri</b>	1-855-766-1452 (HMO); 1-833-298-3361 (HMO SNP) (TTY: 711)
<b>Nevada</b>	1-833-854-4766 (TTY:711)
<b>New Mexico</b>	1-844-810-7965 (TTY: 711)
<b>Ohio</b>	1-855-766-1851 (HMO); 1-866-389-7690 (HMO SNP) (TTY: 711)
<b>Pennsylvania</b>	1-855-766-1456 (HMO); 1-866-330-9368 (HMO SNP) (TTY: 711)
<b>South Carolina</b>	1-855-766-1497 (TTY: 711)
<b>Texas</b>	1-844-796-6811 (HMO); 1-877-935-8023 (HMO SNP) (TTY: 711)
<b>Wisconsin</b>	1-833-981-0042 (HMO); 1-877-935-8024 (HMO SNP) (TTY: 711)

**ENGLISH: ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Services number listed for your state in the Member Services Telephone Number Chart.

**SPANISH: ATENCIÓN:** Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado que se enumera para su estado en la Ficha de Números de Teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado.

**CHINESE: 請注意:** 如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥會員服務部電話號碼表所列的您所在州的會員服務部號碼。

**VIETNAMESE: LƯU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin vui lòng gọi số điện thoại phục vụ hội viên dành cho tiểu bang của quý vị trong Bảng số điện thoại dịch vụ hội viên.

**FRENCH CREOLE (HAITIAN CREOLE): ATANSYON:** Si w pale kreyòl ayisyen, ou ka resewva sèvis gratis ki la pou ede w nan lang pa w. Rele nimewo sèvis manm pou eta kote w rete a. W ap jwenn li nan tablo nimewo telefòn sèvis manm yo.

**KOREAN: 알림사항:** 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 가입자 서비스 전화번호 표에 있는 귀하의 주 가입자 서비스 안내번호로 전화하십시오.

**FRENCH: ATTENTION :** Si vous parlez français, un service d'aide linguistique vous est proposé gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone du Service aux membres spécifique à votre État qui se trouve dans le tableau de numéros de téléphone du Service aux membres.

**ARABIC:**

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل برقم خدمات الأعضاء المُدرج في لائحة رقم هاتف خدمات الأعضاء الخاص بالولاية المقيم فيها.

**POLISH: UWAGA:** Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod numer działu obsługi klienta odpowiedni dla twojego stanu, dostępny w Wypisie numerów telefonu działu obsługi klienta.

**RUSSIAN: ВНИМАНИЕ!** Если Вы говорите на русском языке, мы можем предложить Вам бесплатные услуги переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников по указанному для Вашего штата номеру в телефонном справочнике Отдела обслуживания участников

**GERMAN: ACHTUNG:** Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie bitte die für Ihren Bundesstaat zuständige Rufnummer des Mitgliederkundendienstes an, die im Telefonverzeichnis des Mitgliederkundendienstes angegeben ist.

**TAGALOG: PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha ka na mga libreng serbisyong pantulong sa wika. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyong ng Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa Tsart ng Numero ng mga Serbisyong ng Miyembro.

**GUJARATI: સાવધાન:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો, ભાષા સહાય સેવાઓ, નિઃશુલ્ક, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. સભ્ય સેવા ટેલેફોન નંબર ચાર્ટમાં તમારા રાજ્ય માટે સૂચવિધ સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો.

**PORTUGUESE: ATENÇÃO:** Se falar português, estão disponíveis, gratuitamente, serviços de assistência linguística. Ligue para o número dos Serviços aos Membros indicado para o seu estado na Tabela de números de telefone destes serviços.

**ITALIAN: ATTENZIONE:** se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Consulti la Tabella dei Numeri Telefonici dei Servizi per i Membri e chiami il numero dei Servizi per i Membri del Suo stato.

**PENNSYLVANIAN DUTCH: Geb Acht:** Wann du Deitsch schwetze kannscht, un Hilf in dei eegnj Schprooch brauchst, kannscht du es Koschdefrei griege. Ruf die Glieder Nummer von dei Staat, ass iss uff die Lisch an die Glieder Hilf Telefon Nummer Kaart.