



## Formulario de reclamación de reembolso médico para el miembro

Envíe el formulario y los documentos requeridos por **FAX** al **1-813-283-3284** O  
Por **CORREO** a WellCare Member Reimbursement Department • P.O. Box 31370 • Tampa, FL 33631  
Use este formulario de reclamación para recibir un reembolso por los gastos médicos de bolsillo elegibles.  
Por favor envíe un formulario por miembro.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ N.º de ID del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Por favor proporcione una breve descripción de su solicitud:**

Fecha de servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Monto solicitado

**Monto total de la solicitud de reembolso** \_\_\_\_\_

Por el presente documento, doy fe de que la información anterior es verdadera y precisa y de que los servicios fueron recibidos y pagados en los montos indicados anteriormente. Entiendo que si cualquier información en este formulario es engañosa o fraudulenta, puedo estar sujeto a la aplicación de sanciones penales y/o civiles por presentar reclamaciones de cuidado de la salud falsas.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

CAD\_33533S State Approved 08062019

©WellCare 2019

FL9WMNFRM48074S\_0000

# CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

## SIGA ATENTAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES:

### A. Complete este formulario.

- Escriba en letra de imprenta el nombre de su hijo(a) tal como aparece en la tarjeta de ID de Children's Medical Services Health Plan
- Escriba el número de ID de miembro de su hijo(a)
- Indique la dirección postal de su hijo(a) e incluya el número de teléfono de contacto
- Indíquenos por qué solicita un reembolso
- Indíquenos la fecha del servicio para la que solicita el reembolso. (Esta es la fecha en que su hijo(a) recibió el servicio). Enumere por separado cada fecha de servicio o fecha de admisión como paciente hospitalizado/hospitalización
- Escriba en letra de imprenta el nombre del médico o centro que le brindó el servicio médico a su hijo(a)
- Descríbanos el servicio que se le brindó. (¿Es esto en concepto de viaje? Agregue las millas).
- Indique el monto que solicita para cada línea de servicio individual
- Sume todas las líneas individuales e indique el monto total que solicita

### B. Cada factura detallada DEBE incluir la siguiente información:

- Fecha de cada servicio
  - Lugar de cada servicio
- |                                |                                  |   |
|--------------------------------|----------------------------------|---|
| <b>Consultorio del médico</b>  | <b>Laboratorio independiente</b> | <b>Hospital para pacientes ambulatorios</b> |
| <b>Centro de convalecencia</b> | <b>Hogar del paciente</b>        | <b>Hospital para pacientes internados</b>   |
- Descripción de cada servicio médico o quirúrgico provisto
  - Cargo por cada servicio
  - Nombre y dirección del médico o proveedor. A veces, una factura indica los nombres de varios médicos o proveedores. Por favor tenga en cuenta lo siguiente: ES MUY IMPORTANTE QUE IDENTIFIQUE AL QUE BRINDÓ SERVICIO A SU HIJO(A). Simplemente circunde el nombre en la factura.

### C. Documentación de prueba de pago:

- Copia del cheque cancelado (frente y dorso)
- Extracto de la tarjeta de crédito que indica el pago al proveedor
- Factura/estado de cuenta del proveedor que indique el nombre, la dirección, el número de teléfono, la(s) fecha(s) de servicio, los servicios prestados y el saldo marcado como pagado con el método de pago utilizado: efectivo, cheque o tarjeta de crédito

WellCare examinará su solicitud de reembolso después de que usted complete este formulario. Por favor adjunte una factura detallada y un recibo de pago de su médico o proveedor. Todas las solicitudes se procesarán dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de recepción. **Por favor tenga que cuenta lo siguiente:** La factura de su hijo(a) debe haber sido pagada en su totalidad **antes** de que usted pueda enviar esta solicitud de reembolso y debe incluirse toda la documentación requerida con la solicitud. Envíe por correo su formulario/documentos completos a P.O. Box 31370, Tampa, FL 33631 o por fax al **813-283-3284**. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Children's Medical Services Health Plan al **1-866-799-5321 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m., hora del este.

Children's Medical Services Health Plan se ha asociado con WellCare of Florida, Inc. (WellCare) para proporcionar servicios de cuidado administrado a nuestros miembros. WellCare es un plan de salud autorizado en Florida.