



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: _____ Fecha: _____

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

SIGA ATENTAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES:

A. Complete este formulario.

- Escriba su nombre en letra de imprenta tal como figura en su tarjeta de ID de Staywell.
- Indique su número de ID de miembro.
- Escriba su dirección postal y su número de teléfono en letra de imprenta.
- Indíquenos por qué solicita el reembolso.
- Indíquenos la fecha del servicio para la que solicita el reembolso. (Esta es la fecha en que recibió el servicio). Enumere por separado cada fecha de servicio o fecha de admisión como paciente hospitalizado/hospitalización.
- Escriba en nombre de imprenta el nombre del médico o del centro que le prestó el servicio.
- Descríbanos el servicio que se le brindó. (¿Es esto en concepto de viaje? Agregó 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 toda la siguiente información:

- Fecha de cada servicio
- Lugar de cada servicio
 - Consultorio del médico**
 - Laboratorio independiente**
 - Hospital para pacientes ambulatorios**
 - Centro de convalecencia**
 - Hogar del paciente**
 - Hospital para pacientes hospitalizados**
- Descripción de cada servicio médico o quirúrgico provisto
- Cargo por cada servicio
- Nombre y dirección del médico o proveedor. Muchas veces una factura indica los nombres de varios médicos o proveedores. **Por favor tenga en cuenta:** ES MUY IMPORTANTE QUE USTED IDENTIFIQUE AL QUE LE BRINDÓ TRATAMIENTO A USTED. 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 nombre, dirección y número de teléfono del proveedor, fecha(s) de servicio, servicios prestados y saldo indicado como pagado con método de pago: 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 60 días a partir de su recepción. **Por favor tenga que cuenta lo siguiente:** Su factura debe ser pagada en su totalidad **antes** de que usted presente esta solicitud de reembolso. Toda la documentación obligatoria debe incluirse con la solicitud. Envíe su formulario completado/documentos a PO Box 31370, Tampa, FL 33631, o envíelos por fax al **813-283-3284**. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al <Staywell Health Plans> al **<1-866-334-7927>**, de lunes a viernes from 8 a.m. to 7 p.m.