



Formulario de reclamación de reembolso de gastos médicos para miembros

Use este formulario de reclamación para que le reembolsen gastos de bolsillo elegibles por servicios **médicos**. **ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO** el formulario y los documentos requeridos a **MemberReimbursements@Wellcare.com**, O **POR FAX** al **1-813-283-3284**, O **POR CORREO** a Wellcare Reimbursement Department • P.O. Box 31381 • Tampa, FL 33631-3381. Envíe un formulario por miembro.

Nombre del miembro _____ Identificación del miembro _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Escriba una breve descripción de su solicitud:

Fecha del servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Monto solicitado

Monto total de la solicitud de reembolso _____

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, puedo estar sujeto a sanciones civiles o penales por presentar reclamaciones de atención de salud falsas.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

NOTA IMPORTANTE: Use este formulario cuando solicite el reembolso de servicios MÉDICOS únicamente. Comuníquese con su administrador de beneficios o con Servicios al Miembro si la solicitud es sobre servicios dentales de rutina, de audición, de transporte, de la vista o de entrenamiento físico, o sobre servicios de la tarjeta Flex Card. La información de contacto figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Para solicitar el reembolso de servicios médicos, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE:

A. Complete este formulario:

- Escriba en letra de imprenta su nombre y número de identificación de miembro como aparece en la tarjeta de identificación de Wellcare.
- Proporcione su dirección postal e incluya su número de teléfono.
- Describa el motivo por el cual solicita el reembolso.
- Brinde la fecha del servicio por el que solicita el reembolso. (Esta es la fecha en la que se prestó el servicio). Enumere por separado las fechas de servicio o de admisión para las hospitalizaciones.
- Escriba en letra de imprenta el nombre del médico o del centro que le proporcionó el servicio.
- Dé una breve descripción del servicio que se proporcionó. (Si se trata de una solicitud de reembolso por viaje, incluya el total de millas).
- Escriba el monto solicitado en la línea individual de cada servicio.
- Sume todas las líneas individuales y escriba el monto total solicitado para el reembolso de todos los servicios.

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, hospital para pacientes hospitalizados, centro de convalecencia, hogar del paciente.
- Descripción de cada servicio o suministro médico o quirúrgico proporcionado.
- Cargo de CADA servicio.
- El nombre y la dirección del médico o proveedor. En muchos casos, en la factura se incluyen los nombres de varios médicos o proveedores. **ES MUY IMPORTANTE QUE IDENTIFIQUE EL MÉDICO O PROVEEDOR QUE LE TRATÓ A USTED.** Simplemente marque con un círculo el nombre en la factura.

C. Prueba de documentación de pago:

- Copia del cheque cancelado (frente y dorso).
- Resumen de la tarjeta de crédito que indique que se pagó al proveedor.
- Factura o estado de cuenta del proveedor que incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor; las fechas de servicio; los servicios prestados; y el saldo junto con el método de pago que indique que se pagó: efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Wellcare revisará su solicitud de reembolso después de que complete este formulario y 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 que se reciban. Tenga en cuenta que debe pagarse el total de su factura **antes** de enviar esta solicitud de reembolso y que debe incluir en la solicitud toda la documentación requerida.

ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO el formulario y los documentos requeridos a MemberReimbursements@Wellcare.com, **O POR FAX** al **1-813-283-3284**, **O POR CORREO** a Wellcare Reimbursement Department • P.O. Box 31381 • Tampa, FL 33631-3381.

Miembros de Louisiana D-SNP: Como miembro de WellCare HMO D-SNP, usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Recibe cobertura de medicamentos recetados y de atención de salud de Medicare a través de WellCare. También es elegible para recibir cobertura y servicios de atención de salud adicionales a través de Louisiana Medicaid. Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Louisiana Medicaid, visite <https://www.myplan.healthy.la.gov/myaccount/choose/find-provider>. Para obtener información detallada sobre los beneficios de Louisiana Medicaid, visite el sitio web de Medicaid en <https://ldh.la.gov/medicaid> y seleccione el enlace “Learn about Medicaid Services” (Obtener información sobre los servicios de Medicaid).

Miembros de Tennessee D-SNP: Aviso: TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto de los montos de costo compartido correspondientes. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad ni la calidad de estos beneficios. Solo le corresponden a Wellcare Medicare Advantage todos los beneficios que excedan aquellos que Medicare brinda regularmente, y estos no implican un aumento en los beneficios de Medicaid.

Para H1353: “Wellcare” es ofrecido por Wellcare of Washington, Inc.

Para H5965: “Wellcare” es ofrecido por WellCare Health Insurance Company of Washington, Inc.

Para obtener más información, comuníquese con el plan.