



Formulario de Reclamaciones Médicas por Reembolso para Miembros

Complete este formulario con la ayuda de su proveedor de atención médica. Recopile constancias de servicios y de pago. Consulte la sección Preguntas frecuentes para obtener ayuda para completar este formulario o llámenos al **(833) 388-8168 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., los días de semana, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. **Envíe el formulario completado y firmado, la constancia de servicios y la constancia de pago de los servicios a:** Clever Care Health Plan | Attn: Member Reimbursement Department | 7711 Center Ave, Suite 100 | Huntington Beach CA 92647

Información del paciente

N.º de identificación de miembro de Clever Care:*	Apellido:*	Primer nombre:*	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):*	Dirección postal:*		
Número de teléfono:*	Dirección de correo electrónico del paciente:		
Nombre de otra compañía de seguros:	Otro número de teléfono del seguro:	Otro número de póliza del seguro:	

Información de la reclamación

Nombre del proveedor de atención médica:*	Entorno de tratamiento:*	Número de teléfono:	N.º de identificación fiscal federal del proveedor:
Dirección del proveedor de atención médica:*		¿Se recibieron servicios fuera de los EE. UU.?*	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Explicación detallada de la enfermedad/lesión, incluidas fechas de la lesión/enfermedad:*

Códigos de diagnóstico	Descripción del diagnóstico	Fecha(s) de servicio (MM/DD/AAAA)*	Códigos de procedimiento (para cada servicio)	Descripciones del procedimiento	Importe pagado*
					\$
					\$
					\$
Importe total pagado:					\$

Se requiere la firma del miembro: Doy fe de que la información anterior es verdadera y exacta, y de que los servicios se recibieron y pagaron por el monto solicitado, tal como se indica arriba. Entiendo que Clever Care Health Plan puede solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para verificar que se recibieron los servicios y se realizó el pago.

Nombre en letra de imprenta*	Firma*	Fecha*
------------------------------	--------	--------

*Complete las áreas marcadas con un asterisco para acelerar el procesamiento de su solicitud.

Preguntas frecuentes

Pregunta	Respuesta
¿Para qué se utiliza este formulario?	Este formulario se utiliza para solicitar el pago de la atención médica elegible que ya ha recibido. Este formulario no debe utilizarse para los servicios de farmacia de la Parte D.
¿Cuál es mi responsabilidad?	Los copagos, deducibles, coseguro y servicios no cubiertos serán responsabilidad del paciente.
¿Qué sucede si mi servicio se completó fuera del área de servicio?	Si estuvo temporalmente fuera del área de servicio y tuvo una emergencia médica o de salud conductual, infórmenos de su emergencia en el plazo de un (1) día hábil. Según su tipo de plan, es posible que se apliquen copagos por 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 no se reembolsará a menos que se acuerde previamente con Clever Care antes de recibir los servicios.
¿Qué pasa después?	Después de procesar sus reclamaciones, recibirá una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB). En la EOB se explican los cargos aplicados a su deducible (el monto fijo en dólares que usted paga por los servicios cubiertos antes de que la aseguradora comience a realizar pagos) y cualquier cargo que usted pueda adeudar al proveedor. Conserve su EOB por si la necesita en el futuro. También puede visitar es.CleverCareHealthPlan.com .
Nombre del campo de formulario	Descripción
N.º de identificación de miembro de Clever Care	N.º de identificación con el sufijo que se encuentra en el frente de la tarjeta de identificación de miembro de Clever Care Health Plan.
Nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación fiscal federal del proveedor:	Un proveedor incluye, entre otros, hospitales, médicos, optometristas, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos autorizados, proveedores de equipos médicos duraderos.
¿En qué entorno recibió tratamiento el paciente?	Como consultorio, sala de emergencias, hospital ambulatorio (para radiografías, pruebas), hospitalización, clínica, tienda de suministros médicos.
Si los servicios se proporcionaron fuera de los EE. UU.	Si corresponde, indique en qué país se proporcionaron los servicios, en qué idioma (si no es el inglés) se encuentran la factura y la constancia de pago, y en qué moneda se pagó la factura.
Diagnóstico: ¿Por qué motivo fue atendido el paciente?	Proporcione un código de diagnóstico y una descripción detallada de la enfermedad o lesión (p. ej., gripe, fractura de pierna, trastorno maniaco-depresivo, asma)
Procedimientos, servicios o suministros proporcionados	Proporcione un código de procedimiento y una descripción detallada (p. ej., radiografía, visita al consultorio, análisis de laboratorio, yeso en la pierna, etc.)
Importe total pagado	Importe total por el que solicita el reembolso.
Constancia de servicios	Documento que demuestra que se proporcionó el servicio, en el que se indican las fechas de prestación del servicio, los servicios brindados y los montos en dólares pagados como un recibo o registro de pago o historia clínica.
Constancia de pago	Documento que demuestra que el pago realizado por el socio fue recibido por el proveedor de servicios. Ejemplos: El frente y dorso del cheque cancelado girado al proveedor, un estado de cuenta o recibo de tarjeta de crédito, un estado de cuenta del proveedor que indique que se realizó el pago.