

# FORMULARIO DE RECLAMO DE REEMBOLSO PARA MIEMBROS

(complete un formulario por familiar, por proveedor)



## INSTRUCCIONES

- Su proveedor de atención médica deberá brindarle información para completar este formulario, por ejemplo, los códigos de procedimiento y de diagnóstico. Le recomendamos que tenga este formulario a mano cuando concorra a su cita. Consulte también la hoja de ayuda para obtener información adicional.
- Para solicitar un reembolso, envíe la siguiente documentación al domicilio indicado al final de este formulario (cualquier dato pendiente puede ocasionar demoras o el rechazo de la solicitud):
  - Este formulario de reembolso completado y firmado
  - Comprobante de los servicios suministrados
  - Comprobante de pago de los servicios por los que solicita el reembolso.
- La mayoría de las solicitudes de reembolso completadas se procesan en un plazo de 30 días. Es posible que las solicitudes incompletas y las solicitudes de reembolso por servicios médicos suministrados en el extranjero requieran mayor tiempo de procesamiento.
- El reembolso se enviará al suscriptor del Plan (consulte la definición del término en la hoja de ayuda) al domicilio registrado en Tufts Health Plan (para consultar su domicilio registrado, inicie sesión en tuftshealthplan.com o comuníquese con Servicios para miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de miembro).
- Si solicita el reembolso de un curso, como el de parto, deberá completar el curso, adjuntar el certificado de finalización y abonar la totalidad del curso antes de enviar la solicitud de reembolso. En el caso de un curso de lactancia materna, indique la fecha de nacimiento del recién nacido en el recuadro junto a la fecha de nacimiento de los padres.
- Conserve una copia de todos los recibos y la documentación como constancia.

## INFORMACIÓN DEL SUScriptor

Apellido del suscriptor	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
-------------------------	---------------	----------------------------

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

N.º de identificación del paciente en Tufts Health Plan <input type="text"/> <input type="text"/>	Dirección de correo electrónico del paciente	
Apellido del paciente	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Número de teléfono	

## INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

(Necesitará la ayuda de su proveedor de atención médica para completar esta sección).

Nombre del proveedor de atención médica	Lugar donde recibió el tratamiento	Número de teléfono	N.º de licencia y estado de la licencia
Domicilio		¿Los servicios médicos se recibieron en el extranjero? <input type="checkbox"/> No, continúe con la siguiente pregunta <input type="checkbox"/> Sí, responda las siguientes preguntas: ¿En qué país se atendió el paciente? ¿En qué idioma fue emitida la factura? ¿En qué moneda se pagó la factura?	

Códigos de diagnóstico:	Descripción del diagnóstico (p. ej., gripe, pierna fracturada, trastorno maniaco-depresivo, asma)	Fecha(s) del servicio médico	Códigos de procedimiento (para cada servicio médico suministrado)	Descripción de procedimientos (p. ej., radiografía, visita al consultorio, análisis clínicos, yeso en una pierna, etc.)	Monto pagado:
		/ /			\$
		/ /			\$
		/ /			\$
		/ /			\$

Monto total pagado: \$

### Se requiere la firma del paciente

Certifico que la información antes mencionada es fidedigna y exacta, y que los servicios médicos fueron recibidos y pagados de acuerdo con el monto solicitado, tal como se indicó anteriormente. Entiendo que si cualquiera de los datos incluidos en este formulario es engañoso o fraudulento, es posible que se cancele mi cobertura y que reciba sanciones civiles o penales por haber hecho afirmaciones falsas sobre la atención médica recibida. Asimismo, entiendo que el monto del reembolso se pagará al suscriptor del Plan e incluirá información sobre el servicio médico (p. ej., nombre del proveedor, fecha, descripción del servicio). Entiendo también que Tufts Health Plan puede solicitar otra información que considere necesaria para verificar que se recibieron tales servicios médicos y que se realizó el pago correspondiente.

Aclaración de firma

Firma

Fecha

## LISTA DE VERIFICACIÓN

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> He completado y firmado este formulario en su totalidad.<br><input type="checkbox"/> Adjunto comprobante de pago (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de un comprobante de pago).<br><input type="checkbox"/> Adjunto comprobante de servicios médicos (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de un comprobante de servicios suministrados). | <input type="checkbox"/> Adjunto el certificado de asistencia al curso de educación para la salud cubierto y la fecha de nacimiento del recién nacido si fuese necesaria.<br><input type="checkbox"/> Entiendo que la mayoría de las solicitudes de reembolso completadas se procesan en un plazo de 30 días. Las solicitudes incompletas y las solicitudes de servicios médicos prestados en el extranjero pueden llevar más tiempo. |
|---|---|

Sírvase enviar este formulario y toda la documentación a:

TUFTS HEALTH PLAN • MEMBER REIMBURSEMENT CLAIMS, P.O. BOX 9191 • WATERTOWN, MA 02471-9191

# HOJA DE AYUDA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE RECLAMO DE REEMBOLSO PARA MIEMBROS

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN
Información del suscriptor	El suscriptor es la persona: <ul style="list-style-type: none"> <li>• que se inscribe en Tufts Health Plan y firma el formulario de solicitud de membresía en nombre de él/ella y sus dependientes.</li> <li>• a nombre de quien se paga la prima.</li> </ul>
N.º de identificación del paciente en Tufts Health Plan	N.º de identificación con sufijo, impreso en el frente de la tarjeta de identificación de Tufts Health Plan.
Nombre del paciente	Apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre del paciente que recibió los servicios médicos.
Fecha de nacimiento del paciente	Fecha de nacimiento: mes (2 dígitos), día (2 dígitos), año (4 dígitos). Indique la fecha de nacimiento del recién nacido en el mismo recuadro que el de los padres para las clases de lactancia.
Nombre, domicilio, número de teléfono, número de licencia y estado de la licencia del proveedor.	Un proveedor incluye, entre otros, hospitales, médicos, optometristas, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos autorizados, proveedores de equipos médicos duraderos y farmacias (para artículos cubiertos que no se envían a su proveedor de farmacia).
¿En qué lugar recibió tratamiento el paciente?	Por ejemplo, un consultorio, una sala de emergencia, un hospital de atención ambulatoria (en caso de radiografías, estudios), hospital para pacientes internados, clínica, tienda de suministros médicos.
Si los servicios médicos se recibieron en el extranjero	En caso de que corresponda, indique en qué país se recibieron los servicios médicos, en qué idioma (si no fuese inglés) se emitieron la factura y el comprobante de pago, y en qué moneda se pagó la factura.
Diagnóstico: ¿Cuál fue el motivo de consulta del paciente?	Señale un código de diagnóstico y una descripción detallada de la enfermedad o lesión. (p. ej., gripe, pierna fracturada, trastorno maniaco-depresivo, asma).
Fecha(s) del servicio médico	La(s) fecha(s) en que se brindaron los servicios médicos al paciente.
Procedimientos, servicios médicos o suministros proporcionados.	Señale un código de procedimiento y una descripción detallada. (p. ej., radiografía, visita al consultorio, análisis clínicos, yeso en una pierna, etc.)
Monto total pagado	Monto total por el cual solicita el reembolso.
Comprobante de servicios médicos	Documento donde consta que efectivamente se prestó el servicio médico, la(s) fecha(s) de los servicios médicos prestados y los montos pagados en dólares.
Comprobante de pago	Documento donde consta que el pago realizado por el miembro fue recibido por el proveedor del servicio médico. Por ejemplo: El anverso y el reverso del cheque cobrado emitido a nombre del proveedor o el banco codificado en el anverso del cheque emitido a nombre del proveedor; un extracto o comprobante de pago de la tarjeta de crédito; una declaración por parte del proveedor en una hoja con su membrete y su firma autorizada en la que indique que se realizó el pago correspondiente; un recibo de pago de artículos comprados, con el nombre y el domicilio del proveedor preimpresos, y una descripción de los artículos y el monto pagado.

## EJEMPLOS DE COMPROBANTES DE PAGO Y DE SERVICIOS MÉDICOS RECIBIDOS

Jane Doe, M.D.  
County Medical  
1234 Any Street  
Anytown, MA 12345

---

Telephone: 555-555-7894  
Tax ID# XX-XXXXX

For: Susan Sample

Diagnosis Code V.0208, Procedure Code 45678 for 1/23/12 and 2/16/12

\$25 per visit  
\$50 total

PAID IN FULL

*Jane Doe, M.D.*

LIC # 11122567

**SUSAN SAMPLE** 1838  
10 MAIN STREET  
ANYTOWN, MA 12345

DATE 3/17/12

PAY TO THE ORDER OF County Medical \$ 50.00

Fifty and 00/100 DOLLARS

**LOCAL BANK**

MEMO 001240 *Susan Sample*

⑆ 123456789 ⑆ 12345678901004 ⑆ 1838

**NATIONAL BANK 012345678**

4/18/2012  
15:33:05  
12345  
ABGGRD

FOR DEPOSIT ONLY  
0012345678

AUTORISE HERE

Este es un ejemplo de un comprobante de pago y de servicios médicos recibidos

Este es un ejemplo de un comprobante de pago