

Formulario de Reembolso para Miembros

Instrucciones:

- Llene este formulario para solicitar un reembolso por el monto que PAGÓ al proveedor.
- Si no ha pagado al proveedor, **NO USE ESTE FORMULARIO**. Pida al proveedor que nos facture directamente con un formulario de reclamación CMS 1500 o UB-04.
- Asegúrese de que el proveedor tenga la información de su membresía de Kaiser Permanente.
- Llene completamente el formulario y fírmelo. Envíe todos los documentos requeridos. **Los formularios incompletos o que no estén firmados le serán devueltos.**
- Si está llenando el formulario en nombre de alguien más, adjunte un formulario de Poder Notarial o un formulario de Autorización de Representación. Los padres no tienen que enviar estos formularios adicionales si firman en nombre de niños menores de edad o de un dependiente legal.
- Guarde una copia de este formulario y de todos los documentos en sus archivos.
- Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre este formulario, llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece a continuación.

SECCIÓN A: Información del paciente

Apellido

Nombre

Inicial del
segundo nombre

Dirección del paciente

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal

Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa.

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Número de historia clínica (aparece en su tarjeta de identificación)

¿El paciente tiene cobertura de Medicare?

 Sí

 No

¿Recibió la atención debido a un accidente automovilístico?

 Sí

 No

¿El paciente tiene cobertura de Medicaid/Medi-Cal?

 Sí

 No

¿Se trata de una solicitud de reembolso de una receta médica?

 Sí

 No

¿El paciente tiene cobertura de Medicare y de Medicaid/Medi-Cal?

 Sí

 No

¿El paciente tiene otra cobertura de seguro médico?

 Sí

 No

Si la respuesta es "Sí", complete la Sección B a continuación.

SECCIÓN B: Información de otra cobertura

Nombre y dirección del otro administrador de cobertura

Número de identificación del suscriptor

Número de grupo

Nombre del empleador

Número de teléfono del administrador

SECCIÓN C: Explicación del tratamiento (opcional)

Describa los servicios recibidos. Explique por qué el tratamiento no se llevó a cabo en Kaiser Permanente.

¿Se usó una ambulancia?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién llamó a la ambulancia?

Paciente Kaiser Permanente Policía/Bomberos Otro:

¿El paciente fue admitido en el hospital?

Sí No

Si la respuesta es "Sí": Fecha de admisión
(MM/DD/AAAA)

/ /

Si la respuesta es "Sí": Fecha de alta
hospitalaria (MM/DD/AAAA)

/ /

SECCIÓN D: Información requerida para el reembolso

Para evitar demoras en el procesamiento, **DEBE** brindar la siguiente información:

1. Comprobante de pago: Necesitamos comprobante de que pagó al proveedor. Envíenos su recibo, estado de cuenta bancario, copias de los cheques originales (del frente y del reverso) o cualquier otro documento que muestre cuánto pagó al proveedor; Y

2. Factura del proveedor: Envíenos una copia de la factura del proveedor que usted pagó. Incluya todas las páginas y cualquier estado de cuenta detallado. O, si no tiene una copia de la factura, brinde la siguiente información:

Nombre del paciente y número de historia clínica	
Fecha del servicio	
Nombre del proveedor (médico, hospital, servicios de ambulancia, farmacia, laboratorio, etc.)	
Dirección del lugar donde se proporcionó el servicio (dirección del hospital, dirección del médico, etc.)	
Servicios que le brindaron (rayos X, visita al consultorio, inyección, receta médica, etc.)	
Monto facturado	

Nota: Todos los documentos y la información que envíe deben ser legibles o, de lo contrario, se devolverá el formulario.

SECCIÓN E: Documentos requeridos para el reembolso del crucero o viaje al extranjero

¿El servicio se brindó durante un crucero o un viaje al extranjero?

Sí No; Si la respuesta es "No", omita la pregunta. Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

- Prueba de viaje: Documentos de viaje como una copia de boletos de avión o itinerario de viaje (opcional)
- Copias de facturas detalladas y originales de servicio (médico, hospital y recetas médicas)
- Cualquier historia clínica relacionada, incluidas las copias de reportes médicos, notas de hospitalización, notas de la sala de emergencias, etc.
- Comprobante de pago de los servicios recibidos, incluidas recetas médicas (recibo o estado de cuenta bancario, copias del frente y del reverso de cheques o cualquier otro documento que muestre cuánto pagó al proveedor)

Nota: Todos los documentos y la información que envíe deben ser legibles o, de lo contrario, se devolverá el formulario.

Firma del paciente

Certifico que la información brindada en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la entrega de toda la información relacionada con los servicios de atención médica que recibí en las fechas indicadas en este formulario. Entiendo que esta información es necesaria para que Kaiser Permanente Health Plan, Inc. pueda procesar mi reclamación para el pago.

Nombre del paciente/del que autoriza (nombre del padre si el paciente es menor de edad o un dependiente legal)

Firma del paciente/del que autoriza (firma del padre si el paciente es menor de edad o un dependiente legal) | Fecha de la firma

Mejor forma de contacto/número de teléfono

Dirección para envío del reembolso y número de teléfono de Servicio a los Miembros

COLORADO

Dirección para reclamaciones
P.O. Box 373150
Denver, CO 80237-9998
Member Services
1-303-338-3800

GEORGIA

Dirección para reclamaciones
P.O. Box 370010
Denver, CO 80237-9998
Member Services
1-888-865-5813

SUR DE CALIFORNIA

Dirección para reclamaciones
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004
Member Services
1-800-464-4000

MARYLAND (MD), DISTRICT OF COLUMBIA (DC) O VIRGINIA (VA)

Dirección para reclamaciones
P.O. Box 371860
Denver, CO 80237-9998
Member Services
1-800-777-7902

HAWAII

Dirección para reclamaciones
P.O. Box 378021
Denver, CO 80237-9998
Member Services
1-800-966-5955

NORTE DE CALIFORNIA

Dirección para reclamaciones
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923
Member Services
1-800-464-4000

NOROESTE

Dirección para reclamaciones
P.O. Box 370050
Denver, CO 80237-9998
Member Services
1-800-813-2000

KP WASHINGTON

KPWA Claims Administration
P.O. Box 30766
Salt Lake City, UT 84130-0766
Member Services
1-888-767-4670

MIEMBROS AUTOFINANCIADOS

KPIC Self-Funded Claims Administration
P.O. Box 30547
Salt Lake City, UT 84130-0547
Member Services
1-800-533-1833