



Formulario de Reclamo de Reembolso para Miembros



Antes de completar este formulario, revise las instrucciones en la siguiente página. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con este formulario, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **800-700-3874**.

Complete un formulario por separado por cada miembro que pida un reembolso por servicios cubiertos y por cada doctor o instalaciones. Para evitar demoras, incluya la siguiente información con este formulario:

- Una copia de los cobros detallados que muestren los servicios recibidos
- Una copia del comprobante de pago con la fecha y la forma en que pago (cheque o tarjeta de crédito)

Envíe por correo el formulario completado a:

Central California Alliance for Health
Attn: Member Services
1600 Green Hills Road, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066

1. El reclamo de reembolso es por: <input type="checkbox"/> Servicios médicos <input type="checkbox"/> Servicios de farmacia <input type="checkbox"/> Otros servicios _____	2. ¿Tenía otro plan de salud al momento de recibir este servicio? <input type="checkbox"/> Sí (adjunte una copia de la Explicación de Beneficios de su otro plan de seguro de salud a este formulario). <input type="checkbox"/> No
---	--

3. Información del miembro:

A. Número de identificación del miembro de la Alianza: _____

B. Nombre del miembro: _____

C. Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

D. Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): ____/____/_____

E. Número de teléfono 1: ____ - ____ - _____ Casa Celular

F. Número de teléfono 2: ____ - ____ - _____ Casa Celular

G. Dirección de correo electrónico del miembro: _____ (opcional)

H. Dirección de correo postal del miembro (incluya el n.º del apartamento) Marque aquí si es una nueva dirección.

Calle: _____ N.º de Apartamento/N.º de espacio: ____ Ciudad: _____ Código postal: ____

4. Servicios recibidos por los que pagó:

Fecha de los servicios (Mes/Día/Año): ____/____/_____

Nombre del doctor o instalaciones: _____

Número de teléfono del doctor o instalaciones: ____ - ____ - _____

Dirección del doctor o instalaciones:
 Calle: _____ N.º de consultorio: ____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Descripción del servicio recibido o naturaleza de la enfermedad o lesión:

Cantidad a reembolsar solicitada: \$ _____

5. Razón para presentar este Formulario de Reclamo de Reembolso para Miembros:

Al firmar a continuación, declaro que, a mi leal saber y entender, la información en este Formulario de Reclamo de Reembolso para Miembros es verdadera y correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo.

Firma X	Nombre en letra de molde	Fecha (Mes/Día/Año):
-------------------	--------------------------	----------------------



Instrucciones: Cómo completar el Formulario de Reclamo de Reembolso para Miembros

Central California Alliance for Health (la Alianza) le pagará de manera directa si usted tuvo que pagar por servicios cubiertos. Es posible que se revise la necesidad médica de los servicios antes de que los paguemos. Si se aprueba el pago, la Alianza le enviará un cheque. Si los servicios nos son elegibles para el reembolso, la Alianza le enviará una carta.

Por favor complete el formulario. Asegúrese de adjuntar una copia de los cobros detallados que muestren los servicios recibidos. Adjunte una copia del comprobante de pago con la fecha y la forma en que pago (cheque o tarjeta de crédito).

Siga estos pasos cuidadosamente

Paso 1: Complete todas las secciones del formulario.

- Sección 1 **Reclamo de reembolso:** Elija el tipo de servicio que pagó o escriba el nombre del servicio.
- Sección 2 **¿Tenía otro seguro?:** Si tenía otra cobertura de plan de salud cuando recibió los servicios, seleccione "Sí". Necesitará el formulario de la Explicación de Beneficios de su otro plan de seguro de salud. Esto mostrará lo que pagó el otro seguro. De lo contrario si no tenía otro seguro de salud, seleccione "No".
- Sección 3 **Información del miembro:** Escriba el número de identificación del miembro de la Alianza y otra información.
- Sección 4 **Servicios por los que pagó:** Escriba los servicios que recibió por los que pagó.
- Sección 5 **Razón para presentar este formulario:** Escriba la razón por la que pagó por los servicios.

Paso 2: Adjunte los cobros detallados a este formulario.

Cada cobro detallado debe mostrar toda la siguiente información:

- Fecha del servicio
- Lugar del servicio
- Descripción de cada servicio
- Cargo por cada servicio
- Nombre y dirección del doctor o instalaciones

Para procesar su reclamo de forma rápida, es útil que el diagnóstico se muestre en el cobro, pero no es necesario.

Paso 3: Envíe por correo el formulario completado y los documentos de respaldo. Para evitar demoras, incluya:

- Una copia de los cobros detallados que muestren los servicios recibidos
- Una copia del comprobante de pago con la fecha y la forma en que pago (cheque o tarjeta de crédito)
- Una copia de la Explicación de Beneficios, si tiene otro plan de seguro de salud

Envíe por correo los documentos y el formulario completado a:

Central California Alliance for Health
Attn: Member Services
1600 Green Hills Road, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **800-700-3874**. Si necesita asistencia con el idioma, tenemos una línea telefónica especial para conseguir un intérprete que hable su idioma sin costo. Para la línea de Asistencia de Audición o del Habla, marque **800-855-3000 (TTY: Llame al 7-1-1)**.