



# Formulario de solicitud de reembolso para miembros

**Importante:** Complete un formulario de solicitud de reembolso para miembros por cada miembro que solicite el reembolso de los servicios cubiertos y por cada médico o centro de salud.

Para evitar retrasos en el procesamiento, incluya la siguiente información en el formulario:

- Copia de la factura detallada con todos los servicios recibidos. Debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono, el número de identificación fiscal del médico o centro, la fecha del servicio, y todos los códigos de diagnóstico y de procedimiento.
- Justificante de pago para el reembolso.

**Envíe todos los documentos por correo a:** Gold Kidney Health Plan  
 P.O. Box 14050  
 Scottsdale, Arizona 85267

**Sección 1: Información del miembro.** *Complete un formulario distinto por cada persona que haya recibido servicios.*

Apellido:	Nombre:	MI:
N.º de id. del miembro:	Fecha de nacimiento (día/mes/año):	
N.º de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

**Sección 2: Otros seguros.** *Complete si procede.*

¿El miembro también está cubierto por otro seguro médico en este momento?  Sí (*Complete la información a continuación*).  No

Nombre de la otra compañía de seguros:	N.º de póliza:
N.º de identificación del afiliado/miembro:	¿Este miembro tiene cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Sección 3: Servicios recibidos.** *Si recibió los servicios fuera de los Estados Unidos, complete también la sección 4.*

Nombre del médico o centro, o del proveedor:	Número de teléfono del médico o centro:	
Dirección del médico o centro:		
Descripción médica o naturaleza de la enfermedad o lesión:	Fecha del servicio:	Importe del reembolso solicitado:

**AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA<sup>2</sup>**

Por medio del presente, autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica u otro centro relacionado con la atención médica (según se indica anteriormente) a proporcionar a Gold Kidney Health Plan, sus agentes, personas designadas o representantes toda la información relacionada con el tratamiento médico con el fin de revisar, investigar o evaluar las solicitudes o reclamos. También autorizo a Gold Kidney Health Plan, sus agentes, personas designadas o representantes a divulgar a un hospital o plan de servicios de atención médica, asegurador o autoasegurador toda la información médica obtenida si dicha divulgación es necesaria para permitir el procesamiento de algún reclamo. Si mi cobertura se encuentra bajo un acuerdo de Medicare Advantage, esta autorización también permite la divulgación a ellos en la medida necesaria para fines de revisión de utilización o de auditoría financiera. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente mientras se solicite a Gold Kidney Health Plan que procese reclamos en virtud de mi cobertura. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el documento original. Por el presente, declaro que lo estipulado anteriormente es correcto.

Nombre de la persona que completa el formulario (en letra de imprenta):	Firma:
---	--------



Fecha:	Relación (descripción de la autoridad para actuar en nombre del miembro, si procede):
--------	---

<sup>1</sup> "Justificante de pago" incluye una copia del resguardo de cargo de la tarjeta de crédito o del estado de cuenta en línea, cheques cancelados, un estado de cuenta bancaria, resguardos de retiro de efectivo, o un estado de cuenta de un crucero.

**Nota:** Las facturas no son justificantes de pago aceptables.

<sup>2</sup> Puede revocar una autorización en cualquier momento por escrito, excepto si ya hemos tomado medidas con la información divulgada o si la ley nos permite utilizar la información para impugnar un reclamo o la cobertura del plan, como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

### Sección 4: Cuestionario de reclamos en el extranjero

**SI RECIBIÓ SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA MIENTRAS VIAJABA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS O EN UN CRUCERO POR AGUAS EXTRANJERAS O NACIONALES, TENDRÁ QUE COMPLETAR ESTA SECCIÓN. ASEGÚRESE DE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS PARA QUE SU RECLAMO SE TRAMITE CON RAPIDEZ. FACILITE TODOS LOS DOCUMENTOS DISPONIBLES SOBRE LOS SERVICIOS RECIBIDOS.**

¿En qué fechas estuvo de viaje fuera del país?

¿Cuál fue la naturaleza de la emergencia que dio lugar al tratamiento médico?

¿Cuánto tiempo estuvo enfermo antes de recibir atención médica?

¿Fue ingresado en el hospital?

Sí  No

Si recibió tratamiento en un centro de urgencias como paciente ambulatorio, ¿cuántas veces vio al médico?

Nombre del hospital, clínica o consultorio médico donde recibió tratamiento:

Fechas de ingreso:

Dirección:

País:

Número de teléfono:

Nombre del médico proveedor del tratamiento:

Número de teléfono:

¿Le hicieron pruebas diagnósticas?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

¿Se realizaron intervenciones quirúrgicas?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

¿Se notificó a su médico de cabecera en los Estados Unidos?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

**Nota:** Para el reembolso, solo se considerarán los beneficios cubiertos o los que se consideren médicamente necesarios.