



Formulario de Reclamación de Reembolso del Miembro

Use este formulario cuando haya recibido servicios médicos de un médico y/o centro, o servicios de transporte a un centro/médico, por los cuales tuvo que pagar de su bolsillo. Para reembolsos relacionados con la Tarjeta Gold (Recompensas Gold y asignaciones para alimentos saludables y productos frescos, OTC, servicios públicos y servicios de viajes compartidos), por favor use el Formulario de Reembolso de Beneficios Suplementarios. Este formulario está disponible en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/member-resources/.

Importante: Complete un Formulario de Reclamación de Reembolso del Miembro por separado para cada miembro que solicite un reembolso por servicios cubiertos y para cada médico y/o centro.

Para evitar demoras en el procesamiento, incluya la siguiente información junto con este formulario:

- Copia de la factura detallada que muestre todos los servicios recibidos. Debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación fiscal (Tax ID) del médico y/o centro, la fecha del servicio y todos los códigos de diagnóstico y de procedimiento.
- Comprobante de pago¹ para el reembolso, como una copia de su recibo o una foto de la deducción de su cuenta.

Envíe por correo todos los documentos a: Gold Kidney Health Plan
P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802

Sección 1: Información del Miembro – Complete un formulario por separado para cada persona que recibió servicios.

| | | |
|-----------------------|--------------------------------------|--|
| Apellido: | Nombre: | |
| N.º de ID de Miembro: | Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): | |
| Número de teléfono: | Correo electrónico: | |

Dirección:

| | | |
|---------|---------|----------------|
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
|---------|---------|----------------|

Sección 2: Otro Seguro – Complete si aplica.

¿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: |
|--|----------------|

| | |
|----------------------------------|---|
| ID del suscriptor/ID de miembro: | ¿Este miembro tiene cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|----------------------------------|---|

**Sección 3: Servicios Recibidos – Si los servicios se recibieron fuera de los EE. UU., también complete la Sección 4.**

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| Nombre del médico y/o centro o proveedor: | Número de teléfono del médico y/o centro: | |
| Dirección del médico y/o centro: | | |
| Descripción médica o naturaleza de la enfermedad o lesión: | Fecha del servicio: | Monto solicitado para reembolso: |
| AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA² | | |
| Por la presente autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica u otro centro relacionado con servicios médicos (según se indica arriba) a proporcionar a Gold Kidney Health Plan, sus agentes, designados o representantes, toda la información relacionada con el tratamiento médico con el fin de revisar, investigar o evaluar solicitudes o reclamaciones. También autorizo a Gold Kidney Health Plan, sus agentes, designados o representantes, a divulgar a un hospital o plan de servicios de salud, aseguradora o autoaseguradora cualquier información médica obtenida, si dicha divulgación es necesaria para permitir el procesamiento de cualquier reclamación. Si mi cobertura es bajo un Acuerdo de Medicare Advantage, esta autorización también permite la divulgación a dicha entidad en la medida necesaria para fines de revisión de utilización o auditoría financiera. | | |
| Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente mientras se le solicite a Gold Kidney Health Plan procesar reclamaciones bajo mi cobertura. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Por la presente certifico que las declaraciones anteriores son correctas. | | |
| Nombre de la persona que completa el formulario (en letra de molde): | Firma: | |
| Fecha: | Relación – descripción de la autoridad para actuar en nombre del miembro, si aplica: | |

¹ “El “Comprobante de pago” incluye: una copia del comprobante del cargo de la tarjeta de crédito o del estado de cuenta en línea, cheques cancelados, un estado de cuenta bancario, comprobantes de retiro de efectivo o un estado de cuenta del barco de crucero.

Nota: Las facturas no se aceptan como comprobante de pago.

² Puede revocar una autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas basadas en la información divulgada o si la ley nos permite usar la información para impugnar una reclamación o la cobertura bajo el plan, según se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

**Sección 4: Cuestionario de Reclamaciones en el Extranjero**

Si recibió servicios de atención médica mientras viajaba fuera de los Estados Unidos, o en un crucero en aguas extranjeras o nacionales, deberá completar esta sección. Asegúrese de responder todas las preguntas para que su reclamación se pueda procesar rápidamente. Proporcione todos los documentos disponibles relacionados con los servicios recibidos.

¿En qué fechas estuvo viajando fuera del país?

¿Cuál fue la naturaleza de su emergencia que resultó en tratamiento médico?

¿Cuánto tiempo estuvo enfermo(a) antes de recibir atención médica?

¿Fue admitido(a) en el hospital? Sí No

Si fue atendido(a) en un centro de atención urgente (Urgent Care) como paciente ambulatorio, ¿cuántas veces vio al médico?

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

Fechas de admisión:

Dirección:

País:

Número de teléfono:

Nombre del médico tratante:

Número de teléfono:

¿Se realizaron pruebas diagnósticas? Sí No

Si respondió "Sí", ¿qué tipo?

¿Se realizaron procedimientos quirúrgicos? Sí No

Si respondió "Sí", ¿qué tipo?

¿Se notificó a su médico principal en los EE. UU.? Sí No

Si respondió "Sí", ¿cuándo?

Nota: Solo los beneficios cubiertos o aquellos que se consideren médicalemente necesarios se tomarán en cuenta para reembolso.

Gold Kidney Health Plan, Inc., es un plan HMO-POS C-SPN con un contrato con Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.