



Formulario de reclamación de reembolso de gastos médicos para miembros

Use este formulario de reclamación para que le reembolsen gastos de bolsillo elegibles por servicios **médicos**. Envíe el formulario y los documentos requeridos POR CORREO ELECTRÓNICO a **FAR_Mail_Center@Centene.com** O **POR CORREO POSTAL** a:

Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) Medical Reimbursement Department

• P.O. Box 31370 • Tampa, FL 33631-3370. Envíe un formulario por miembro.

NOTA IMPORTANTE: Use este formulario cuando solicite el reembolso de servicios **MÉDICOS** únicamente. Este formulario **NO** debe usarse para reembolsos de farmacia. Comuníquese con su administrador de beneficios o con Servicios al Miembro si la solicitud es sobre servicios dentales de rutina, de farmacia, de la Parte D, de audición, de transporte, de la vista o de entrenamiento físico, o sobre servicios de la tarjeta Flex Card. La información de contacto figura en su tarjeta de identificación (ID). Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de domingo a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Para solicitar el reembolso de servicios médicos, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE:

A. Complete este formulario:

- Escriba en letra de imprenta su nombre y número de ID de miembro como aparece en la tarjeta de ID de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP).
- Proporcione su dirección postal e incluya su número de teléfono.
- Describa el motivo por el cual solicita el reembolso.
- Brinde la fecha del servicio por el que solicita el reembolso. (Esta es la fecha en la que se prestó el servicio). Enumere por separado las fechas de servicio o de admisión para las hospitalizaciones.
- Escriba en letra de imprenta el nombre del médico o del centro que le proporcionó el servicio.
- Dé una breve descripción del servicio que se proporcionó.
- Escriba el monto solicitado en la línea individual de cada servicio.
- Sume todas las líneas individuales y escriba el monto total solicitado para el reembolso de todos los servicios.

B. Cada factura detallada DEBE incluir toda la siguiente información:

- Fecha de cada servicio.
- Lugar de cada servicio: consultorio del médico, laboratorio independiente, hospital para pacientes ambulatorios, hospital para pacientes hospitalizados, centro de convalecencia, hogar del paciente.
- Descripción de cada servicio o suministro médico o quirúrgico proporcionado.
- Cargo de CADA servicio.
- El nombre y la dirección del médico o proveedor. En muchos casos, en la factura se incluyen los nombres de varios médicos o proveedores. ES MUY IMPORTANTE QUE IDENTIFIQUE EL MÉDICO O PROVEEDOR QUE LE TRATÓ A USTED. Simplemente marque con un círculo el nombre en la factura.

C. Comprobantes de pago:

- Copia del cheque cancelado (frente y dorso).
- Resumen de la tarjeta de crédito que indique que se pagó al proveedor.
- Factura o estado de cuenta del proveedor que incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor; las fechas de servicio; los servicios prestados; y el saldo junto con el método de pago que indique que se pagó: efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Nombre del miembro _____ ID del miembro _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Escriba una breve descripción de su solicitud:

Fecha del servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Monto solicitado

Monto total de la solicitud de reembolso _____

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que se pagó el monto indicado arriba por los servicios recibidos. Entiendo que si la información proporcionada en este formulario es engañosa o fraudulenta, puedo estar sujeto a sanciones civiles o penales por presentar reclamaciones de atención de salud falsas.

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____
Fecha: _____

Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) revisará su solicitud de reembolso después de que complete este formulario y adjunte una factura detallada y un recibo de pago de su médico o proveedor. Todas las solicitudes se procesarán dentro de los 60 días a partir de que se reciban. Tenga en cuenta que debe pagarse el total de su factura **antes** de enviar esta solicitud de reembolso y que debe incluir en la solicitud toda la documentación requerida. Envíe el formulario y los documentos requeridos POR CORREO ELECTRÓNICO a: **FAR_Mail_Center@Centene.com** O POR CORREO POSTAL a: Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) Medical Reimbursement Department • PO Box 31370 • Tampa, FL 33631-3370.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-998-5063 (TTY: 711).

Español ATENCIÓN: Contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. También se encuentran disponibles de manera gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-998-5063 (TTY: 711).

Deutsch ACHTUNG: Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Geeignete zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen für Informationen in zugänglichen Formaten stehen Ihnen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie folgende Nummer an: 1-833-998-5063 (TTY: 711).

简体中文 注意：我们为您提供免费的语言协助服务，同时也可免费提供适当的辅助设施与服务，以便提供无障碍格式的信息。请致电 1-833-998-5063（TTY：711）。

繁體中文 注意：我們為您提供免費的語言協助服務，還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-998-5063 (TTY：711)。

Français REMARQUE : des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des services et aides pour obtenir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-998-5063 (TTY : 711).

Français cadien COMMUNIQUE: Des services d'aide linguistique sans frais sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations en formats accessibles sont également proposés sans frais. Composez le 1-833-998-5063 (TTY : 711).

Русский ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Вы также можете бесплатно получить соответствующие вспомогательные средства и услуги, направленные на предоставление информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-833-998-5063 (TTY: 711).

Tagalog ATENSYON: May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo. Available din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tumawag sa 1-833-998-5063 (TTY: 711).

Português ATENÇÃO: estão disponíveis serviços de assistência gratuitos no seu idioma. Também estão disponíveis apoios auxiliares e serviços adequados que oferecem informações em formatos acessíveis e sem custos. Ligue para 1-833-998-5063 (TTY: 711).

Tiếng Việt LƯU Ý: Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và trợ giúp bổ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-833-998-5063 (TTY: 711).

ગુજરાતી ધ્યાન આપવાની જરૂર છે: તમારા માટે ભાષા સંબંધી સહાયતાની મફત સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. એક્સેસ કરી શકાય તેવાં ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-833-998-5063 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

Українська УВАГА! Вам доступні безкоштовні послуги мовної допомоги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-833-998-5063 (TTY: 711).

العربية انتباه: تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. تتوفر كذلك مجاناً مساعدات وخدمات إضافية ملائمة لتزويد المعلومات بتنسيقات قابلة للوصول إليها. اتصل على الرقم 1-833-998-5063 (TTY: 711).

한국어 주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정보 제공을 위해 적합한 보조 도구 및 서비스 또한 액세스 가능한 형식으로 무료 이용이 가능합니다. 1-833-998-5063 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

हिंदी ध्यान दें: आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं. एक्सेस करने योग्य फ़ॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं. 1-833-998-5063 (TTY: 711) पर कॉल करें.

Italiano ATTENZIONE: sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili supporti e servizi ausiliari gratuiti adatti a fornire le informazioni in formati accessibili. Chiamare il numero 1-833-998-5063 (TTY: 711).