

## Solicitud de Reembolso

Constellation Health, LCC. le reembolsará los gastos incurridos en médicos o dentistas restando el copago o coaseguro que aplique por el servicio recibido. La devolución está sujeta a los beneficios cubiertos en su plan. Es importante que incluya el recibo original del servicio prestado y el mismo debe contener el detalle, por día, de todos los servicios recibidos incluyendo la cantidad pagada por cada uno de ellos. Estos servicios deben estar codificados en el recibo.

Marque según aplique, gastos por servicios:

Médico

Dental

### A. Información del afiliado

1.Nombre del afiliado:		2.Número de contrato:	
3.Dirección postal:	4.Fecha de nacimiento:	5.Número de teléfono:	

### B. Información de otro plan médico

1. Usted tiene otro plan médico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2.Nombre del otro plan:	3.Número de contrato del otro plan:
4.Tipo de cubierta del otro plan: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	5.Cubierta de beneficios en el otro plan: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Farmacia
6.Fecha de efectividad:	

### C. Información del servicio

1. Fecha del servicio:	2. Lugar donde se realizó el servicio:
3.Procedimientos:	4. Diagnósticos:

### D. Información del proveedor

1.Nombre del médico o dentista:	2.Número de identificación del proveedor (NPI) y especialidad del médico:
3.Número de teléfono:	

### E. Autorización del beneficiario

Afirmo que la información ofrecida en esta solicitud es correcta y consiento a cualquier médico, hospital u otra facilidad de servicios médicos a proveer información que Constellation Health, LCC. requiera para el análisis de esta reclamación.

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Favor de leer esta información antes de completar la Solicitud de Reembolso**

Use este formulario para solicitar reembolso de gastos incurridos en servicios médicos y dentales. Si usted va a reclamar gastos por más de un médico o dentista debe incluir el recibo oficial por cada proveedor que prestó servicios. Los recibos tienen que ser legibles, incluir la información y logo del médico o dentista. Es importante dividir el recibo y la solicitud de acuerdo al tipo de servicio, si va a reclamar por gastos médicos y dental.

Complete los encasillados de la solicitud y seleccione el tipo de reclamación de acuerdo al servicio, si es médico o dental.

### **A. Información del afiliado**

1. Nombre completo del afiliado
2. Número de contrato que aparece en su tarjeta del plan
3. Dirección postal del afiliado
4. Fecha de nacimiento
5. Número de teléfono

### **B. Información de otro plan médico**

1. Seleccione si posee o no otro plan médico. De contestar un SI debe completar desde el #2 hasta #6

### **C. Información del servicio**

1. Fecha de cuando recibió el servicio
2. Nombre del lugar donde usted recibió el servicio
3. Descripción del servicio prestado
4. Indicar el código de servicio y descripción del diagnóstico (esta información puede aparecer en su recibo)

### **D. Información del proveedor**

1. Nombre completo del médico, dentista o proveedor que brindó el servicio
2. Número de identificación nacional de proveedor
3. Número de teléfono de la oficina del médico, dentista o proveedor que brindó el servicio

### **E. Autorización del beneficiario**

1. Firma del afiliado
2. Fecha del día en que completa la solicitud

Constellation Health es un plan HMO con un contrato con Medicare. La afiliación en Constellation Health depende de la renovación del contrato.