

## Reembolso de salud conductual

Esta lista de verificación lo guiará a través del proceso para solicitar un reembolso de salud conductual.

*He completado y adjunto lo siguiente:*

Formulario de reclamación de reembolso para miembros firmado con todas las secciones claramente completadas. Este formulario se encuentra en la página siguiente.

Para reclamaciones de salud conductual, una factura detallada del proveedor que incluye:

1. Información sobre proveedores:
  - Nombre del proveedor
  - Dirección del proveedor
  - Identificador nacional de proveedor o número de identificación fiscal del proveedor
2. Nombre del miembro
3. Fecha(s) del servicio
4. Cargos detallados para cada fecha de servicio y tipo de servicio recibido
5. Códigos de procedimiento (códigos CPT/HCPCS/ingresos) de todos los servicios recibidos
6. Cantidad de unidades facturadas por cada código de procedimiento (códigos CPT/HCPCS/ingresos)
7. Código(s) de diagnóstico de los servicios recibidos

Comprobante de pago:

- Estado de cuenta de la tarjeta de crédito o débito
- Estado financiero que incluye una copia del anverso y reverso del cheque cancelado emitido al proveedor
- Recibo de pago por parte del proveedor para pagos en efectivo (todos los pagos en efectivo deben incluir comprobantes de la fuente de los fondos, como transferencia bancaria, recibo de cheque de viajero o estado de cuenta bancaria)

Mass General Brigham Health Plan puede comunicarse con los proveedores para validar los servicios prestados o los montos de pago.

La mayoría de las solicitudes de reembolso completadas se procesan dentro de los 60 días. Las solicitudes incompletas pueden demorar más tiempo. No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a agilizar el procesamiento de la información.

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios al Cliente de Mass General Brigham Health Plan al **888-816-6000** (TTY: 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a domingo, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes.

También puede enviarnos un correo electrónico a [HealthPlanDualsCustomerService@mgb.org](mailto:HealthPlanDualsCustomerService@mgb.org) o visitar [Member.MGBHP.org](https://Member.MGBHP.org) para chatear con un profesional de Servicios para Miembros.

1. Complete este formulario y la lista de verificación para solicitar un reembolso cuando un proveedor le factura directamente un servicio cubierto.

2. Las solicitudes deben presentarse dentro de los 12 meses de la fecha del servicio.

3. Conserve una copia de todos los recibos y documentos para sus registros.

Mass General Brigham Health Plan se reserva el derecho de solicitar información adicional como respaldo de sus reclamaciones.

A. Información del miembro (titular del plan)

1. Id. de miembro

2. Nombre del miembro

3. Fecha de nacimiento del miembro

Nombre

Ini. seg. nom.

Apellido

Mes

Día

Año

4. Dirección del miembro

5. Cobertura del miembro: ¿El miembro tiene otro seguro?    Sí    No  
Nombre y número de identificación del otro plan:

6. ¿Esta reclamación se debió a un accidente?    Sí    No

B. Información del proveedor u hospital

7. Nombre del proveedor

8. Persona de contacto (si está disponible)

9. Número telefónico del proveedor

10. Dirección del proveedor

C. Descripción de los servicios

11.

| Fecha(s) del servicio | Descripción de los procedimientos, servicios o suministros proporcionados | Monto pagado |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------|
|                       |                                                                           |              |
|                       |                                                                           |              |
|                       |                                                                           |              |

Indique el monto total pagado por los servicios. \_\_\_\_\_

Envíe este formulario y toda la documentación por correo a:

**Optum**  
**P.O. Box 30757**  
**Salt Lake City, UT**  
**84130-0757**

Por el presente solicito beneficios y certifico que la información anterior es completa, verdadera y correcta. A todos los médicos y otros profesionales de salud conductual, hospitales y otras instituciones de atención de salud conductual, y a las aseguradoras, los servicios hospitalarios o de salud conductual y los planes de salud prepagados, los empleadores y titulares de pólizas grupales, los titulares de contratos o los administradores de planes de beneficios: Usted está autorizado a proporcionar al plan y a cualquier administrador del plan de beneficios de agencias de informes del consumidor, abogados y administradores de reclamaciones independientes que actúen en nombre del plan información sobre la atención de salud conductual, asesoramiento, tratamiento o suministros proporcionados al miembro y cualquier información relacionada con el empleo con respecto al miembro. Esta información se utilizará con el fin de evaluar y administrar reclamaciones de beneficios. Entiendo que la duración de la autorización abarca el plazo de cobertura de la póliza o el contrato en virtud del cual se ha presentado una reclamación de beneficios médicos. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicite. Acepto que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original. Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a la compañía. Las penalizaciones pueden incluir encarcelamiento, multas o una denegación de beneficios del seguro.

**El formulario debe estar firmado.**

**La reclamación no puede procesarse sin la firma del miembro (o del representante autorizado).**

---

Firma del miembro (o del representante autorizado)

Fecha

Marque si se lo completó mediante Nombramiento de representante.

---

**[MGBAdvantage.org/SCO](https://MGBAdvantage.org/SCO)**  
**[MGBAdvantage.org/OneCare](https://MGBAdvantage.org/OneCare)**

H1611\_0165PDT\_C  
H0777\_0165PDT\_C

Mass General Brigham One Care es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Mass General Brigham SCO es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

15505-0126-00