



Reembolso médico

Formulario e instrucciones

Esta lista de verificación lo guiará a través del proceso de solicitud de un reembolso médico. Si su plan incluye un beneficio de acondicionamiento físico o para bajar de peso, use los formularios electrónicos en el Portal para miembros en “Track costs and claims” (Seguimiento de costos y reclamaciones) para solicitar un reembolso.

He completado y adjunto lo siguiente:

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

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

1. Información sobre proveedores:
 - Nombre del proveedor
 - Dirección del proveedor
 - Identificador nacional del proveedor o número de identificación fiscal del proveedor
2. Nombre del miembro
3. Fechas del servicio
4. Cargos detallados para cada fecha del servicio y tipo de servicio recibido
5. Códigos de procedimiento (código de ingresos/CPT/HCPCS) de todos los servicios recibidos
6. Cantidad de unidades facturadas por cada código de procedimiento (código de ingresos/CPT/HCPCS)
7. Códigos 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, recibos 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 30 días. Las solicitudes incompletas y de servicios prestados fuera de los Estados Unidos pueden demorar más tiempo.

¿Tiene preguntas sobre este formulario? Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro, envíe un correo electrónico a HealthPlanDualsCustomerService@mgb.org o visite 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 a usted por un servicio cubierto.

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

3. Complete un formulario por reclamación.

4. 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		3. Fecha de nacimiento
Nombre	Inicial del segundo nombre	Mes Día Año
Apellido		
4. Dirección		
5. ¿Esta reclamación se debió a un accidente? Sí No		

B. Información del proveedor u hospital

6. Nombre del proveedor	7. Persona de contacto, si está disponible	8. Número telefónico
9. Dirección		

C. Descripción de los servicios

10. Tipo de servicio: *verifique el tipo de servicio que se prestó*

Visita al consultorio	Cirugía en pacientes ambulatorios	Medicamentos recetados cubiertos	Otro
Atención médica para pacientes hospitalizados	Visita a la sala de emergencias	Suministros médicos	
Cirugía en pacientes hospitalizados	Servicios de laboratorio o radiografías		

11. Describa el motivo por el que fue atendido/diagnóstico (p. ej., miembro fracturado, dolor de garganta, dolor de oído, etc.)

12.

Fechas del servicio	Descripción de los procedimientos, servicios o suministros proporcionados	Monto pagado

Indique el monto total pagado por los servicios _____

Envíe por correo o fax este formulario y toda la documentación a:

**Mass General Brigham
Health Plan Claims
Processing**

**399 Revolution Drive
Suite 875
Somerville, MA 02145**

Fax: 617-526-1910

Por el presente solicito beneficios y certifico que la información anterior es completa, verdadera y correcta. Para todos los médicos y otros profesionales médicos, hospitales y otras instituciones de atención médica, y a aseguradoras, servicios médicos u hospitalarios y planes de salud prepagos, empleadores y titulares de pólizas grupales, titulares de contratos o 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 representación del plan información sobre atención médica, 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 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 se puede procesar sin la firma del miembro.

Firma del miembro

Fecha

Completado mediante Nombramiento de representante

MGBAdvantage.org/duals

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 (Senior Care Options) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Commonwealth of Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

H1611_0126PDT_C
H0777_0126PDT_C