



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

Formulario de reclamación de reembolso médico para el miembro

ENVÍE POR FAX el formulario y los documentos correspondientes al **1-813-283-3284** O **ENVÍELOS POR CORREO** a WellCare Member Reimbursement Department • P.O. Box 31370, Tampa, FL 33631

Use este formulario de reclamación para recibir el reembolso de gastos médicos elegibles pagados de su bolsillo.
Por favor envíe un formulario por miembro.

Nombre del miembro _____ N.º de ID del miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Por favor proporcione una breve descripción de su solicitud:

Fecha de servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Monto solicitado

Monto total de la solicitud de reembolso _____

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES ATENTAMENTE:

A. Complete este formulario.

- Escriba su nombre en letra de imprenta tal como aparece en la tarjeta de ID de WellCare.
- Indique su número de ID de miembro.
- Proporcione su dirección postal e incluya su número de teléfono.
- Describa por qué está solicitando el reembolso.
- Indique la fecha de servicio para la cual está solicitando el reembolso. (Esta es la fecha en que se prestó el servicio). Indique separadamente cada fecha de servicio o fecha de admisión como paciente internado/internación en hospital.
- Escriba en nombre de imprenta el nombre del médico o del centro que prestó el servicio.
- Proporcione una breve descripción del servicio prestado. (Si se trata de una solicitud de reembolso de viaje, incluya la cantidad total de millas).
- Indique el monto solicitado para la línea de servicio individual.
- Sume todas las líneas individuales juntas e indique 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
 - Centro de convalecencia Hogar del paciente Hospital para pacientes internados
- Descripción de cada servicio o suministro quirúrgico o médico provisto
- Cargo por CADA servicio
- Nombre y dirección del médico o proveedor. Muchas veces una factura indica los nombres de varios médicos o proveedores. **ES MUY IMPORTANTE QUE USTED IDENTIFIQUE AL QUE LE BRINDÓ TRATAMIENTO A USTED.** Simplemente marque su nombre con un círculo en la factura.

C. Documentación de prueba de pago:

- Copia del cheque cancelado (frente y dorso)
- Estado de cuenta de tarjeta de crédito que indique que se pagó al proveedor
- Factura/estado de cuenta del proveedor que indique nombre, dirección y número de teléfono del proveedor, fecha(s) de servicio, servicios prestados y saldo indicado como pagado con método de pago: efectivo, cheque o tarjeta de crédito

WellCare revisará su solicitud de reembolso después de que usted complete este formulario y adjunte una factura detallada y el recibo de pago de su médico o proveedor. Todas las solicitudes se procesarán dentro de los 60 días a partir de su recepción. Por favor tenga en cuenta que su factura debe ser pagada en su totalidad **antes** de que usted presente esta solicitud de reembolso, y que toda la documentación requerida debe incluirse con la solicitud. Envíe su formulario completado/documentos a PO Box 31370, Tampa, FL 33631, o envíelos por fax al **813-283-3284**.