



210 Park Ave. | Suite 2900 | Oklahoma City, OK 73102-5621

Instrucciones para completar el formulario de reembolso directo para miembros

¿Para qué se utiliza este formulario?

Utilice este formulario si es miembro de GlobalHealth State of Oklahoma y paga la totalidad de los gastos de bolsillo por un servicio cubierto que figura en su Evidencia de Cobertura. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y de los casos en los que puede solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos o medicamentos de la Parte B. Si obtiene los servicios en cualquiera de las ubicaciones de nuestros proveedores dentro de la red, el proveedor del servicio le facturará directamente a GlobalHealth. *Tenga en cuenta lo siguiente: Se puede necesitar autorización previa para algunos de los servicios.*

¿Cómo solicitar los beneficios?

Paso 1: Complete todas las áreas del formulario de reclamo antes de enviarnos dicho reclamo. Recopile y envíe tanta información como pueda para evitar retrasos en el procesamiento de su solicitud. Utilice un formulario separado para cada reclamo.

Si GlobalHealth es su compañía de seguros secundaria, adjunte su Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) principal a este formulario.

Paso 2: Incluya cualquier documento que sirva de para respaldar su solicitud, incluidos, entre otros:

- la factura detallada que recibió de su médico;
- cualquier recibo de servicios;
- el códigos de diagnóstico o procedimiento;
- la prueba de pago

Paso 3: Firme y feche el formulario de reclamo.

Paso 4: Vuelva a comprobar **toda** la información y haga una copia de esta solicitud.

Paso 5: Envíe este formulario junto con una copia de su factura detallada a:

GlobalHealth, Inc.
Attn: Claims Department
P.O. Box 2718
Oklahoma City, OK 73101

¿Cuáles son los próximos pasos a seguir?

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura. Si decidimos que la atención médica no está cubierta o que usted no siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos. Recibirá una Explicación de Beneficios (EOB) detallada en la que se explicará el resultado de su reclamo dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el plan reciba este formulario. También puede consultar su Evidencia de Cobertura para conocer sus derechos de apelación.

¿Tiene alguna pregunta o necesita ayuda para enviar este formulario? Llámenos al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.

Formulario de reembolso directo para miembros

Consulte el Manual de Evidencia de Cobertura para conocer los servicios cubiertos. Envíe los recibos o la factura detallada y cualquier documento de respaldo con este formulario. Haga una copia de su solicitud de reembolso para sus archivos y espere 60 días para que se procese su solicitud. Los recibos de la caja registradora y de las tarjetas de crédito por sí solos no se aceptan como comprobante de compra. No se procesarán los formularios

que no contengan la información requerida. Todas las solicitudes deben cumplir con los requisitos de cobertura y elegibilidad del Plan para ser reembolsadas.

¿Quién hace esta solicitud? **Miembro** ☐ **Representante designado** ☐

Representantes designados: Incluya un formulario de Nombramiento de Representante (CMS1696) firmado o un aviso equivalente. Puede solicitar una copia del formulario Nombramiento de Representante (Appointment of Representative, AOR) llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente como se muestra en su tarjeta de identificación:			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): / /		Número de identificación de miembro:	
Dirección (incluya el número de apartamento):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:

SECCIÓN 2: MOTIVO DE LA SOLICITUD (Su motivo para presentar este reclamo)

- ☐ Anteojos suplementarios (1 par de anteojos o lentes de contacto por año)
- ☐ Anteojos después de la cirugía de cataratas
- ☐ Servicios de emergencia (describa cuál)
- ☐ Otro: _____

SECCIÓN 3: PROVEEDOR DE SERVICIO (Proporcione tanta información como pueda. Quizás tenga que preguntar.)

Nombre del centro o proveedor:			
Núm. NPI (si se conoce)		Número de identificación fiscal (si se conoce):	
Dirección del proveedor:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono (Incluir código de área):

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS

Fecha de servicio:	
Códigos de servicio (códigos de diagnóstico, CPT o HCPCS, si se conocen):	
Descripción del servicio:	
Costo del servicio:	Cantidad pagada:

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS DE SALUD DISTINTOS DE GLOBALHEALTH.

¿Este paciente está cubierto por otro plan de salud grupal?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, complete lo siguiente:
¿Está cubierto por el plan de salud grupal de su cónyuge?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, complete lo siguiente:
Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores o si tiene otro seguro médico, además de GlobalHealth, complete lo siguiente:		
Nombre de otro plan de salud grupal y número de identificación del asegurado:		

Autorizo a GlobalHealth a solicitar un reclamo médico o cualquier documentación de respaldo del proveedor de servicios.

Autorizo al proveedor a divulgar cualquier información necesaria para esta solicitud a GlobalHealth Inc.

Firma del paciente:	Fecha de firma:
----------------------------	------------------------