



Formulario de reembolso de reclamaciones

A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR Y MIEMBRO

Sólo reembolsamos los servicios, procedimientos y diagnósticos cubiertos. Para saber si un servicio está cubierto, llame al Servicio para Miembros al **800-538-5038**.

N.º de identificación del suscriptor (se encuentra en su tarjeta de identificación de Select Health) _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____
(MM/DD/AA)

Número de teléfono del paciente # _____

Relación con el suscriptor: Yo mismo Cónyuge Dependiente

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

B. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

¿Tiene el paciente otro seguro médico además de Select Health? Sí No

En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente:

Compañía de seguros _____ ¿Es este el seguro principal del paciente? Sí No

N.º de identificación de otra póliza de compañía de seguros _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____
(MM/DD/AA)

Relación del titular de la póliza con el paciente _____

C. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN

Proveedor o institución _____ Identificación de impuestos del proveedor o centro _____
Obligatorio

Identificación del proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés) _____ Número de teléfono del proveedor _____
Obligatorio

Dirección física _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de servicio(s) _____ Monto facturado \$ _____
(MM/DD/AA)

Descripción de los servicios _____

Código(s) de procedimiento _____ Código de diagnóstico (solo médico) _____
Obligatorio *Obligatorio*

NOTA: Es posible que el reembolso de su reclamación no se tramite sin un código de procedimiento y diagnóstico.

Número de diente y marca de superficie (sólo dental) _____

D. RECIBO

Incluya una copia de su recibo.

Instrucciones para el formulario de reembolso

Para asegurar que sus beneficios son administrados correctamente y sin demora, por favor llene toda la información en este formulario. Incluya una copia de su recibo con este formulario. Si está presentando varios recibos, necesitará un formulario de reembolso para cada recibo. Envíe sus reclamaciones a la dirección que se encuentra a continuación:

Select Health
P.O. Box 30192
Salt Lake City, Utah 84130-0192

Las reclamaciones presentadas sin los números de identificación apropiados pueden retrasarse o ser devueltas para obtener mayor información. Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros al **800-538-5038** de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y sábados, de 9:00 a.m. a 2:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No le tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, y/o condición de veterano.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電

Select Health Medicare: **855-442-9900** (TTY: **711**) / Select Health: **800-538-5038**