



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL MIEMBRO
PARA UNA SOLICITUD DE REEMBOLSO POR
SERVICIOS DE UN PROVEEDOR EXTRANJERO

CASO DE SCAN N.º: _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	
Nombre:	ID de miembro de SCAN:
Dirección:	
Teléfono:	Fecha de nacimiento:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Otro seguro (si lo hubiera):

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR EXTRANJERO	
Nombre del proveedor/centro:	
Dirección:	
Fecha(s) del servicio:	Monto esperado:
Lugar del tratamiento: <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital/sala de emergencias <input type="checkbox"/> Atención de urgencia <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Servicios prestados fuera de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Otros:	

SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL MIEMBRO POR SERVICIOS DE UN PROVEEDOR EXTRANJERO

Proporcione los documentos obligatorios que se indican a continuación. Cualquier información faltante se le devolverá. No podemos procesar su solicitud para pagarle al proveedor hasta que tengamos toda esta información.

Proporcione los siguientes documentos obligatorios:

- Factura detallada o factura del proveedor extranjero.
- Poder notarial o formulario de nombramiento de representante (disponibles en el sitio web de SCAN) si usted no es un miembro, pero está presentando la reclamación en nombre de un miembro.
- Documentación o información de respaldo. Por ejemplo: expedientes médicos, notas del proveedor, referencias, recetas, facturas detalladas, etc.

INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN**

IMPORTANTE: Explique detalladamente la enfermedad o lesión por la cual usted recibió tratamiento y la razón por la cual acudió a este proveedor extranjero (adjunte una hoja por separado, si es necesario). *Por ejemplo, "el 2/1/20XX, mientras estaba en México, me caí en la vereda y sufrí un esguince grave en el tobillo derecho. Fui a la sala de emergencias para hacerme una radiografía y me enviaron la factura adjunta".*



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL MIEMBRO
PARA UNA SOLICITUD DE REEMBOLSO POR
SERVICIOS DE UN PROVEEDOR EXTRANJERO**

FIRMA DEL MIEMBRO O DEL REPRESENTANTE*	
Nombre en letra de imprenta:	Relación:
Firma:	Fecha:

IMPORTANTE: CONSULTE EL DORSO PARA OBTENER INSTRUCCIONES.

- Utilice este formulario para solicitarnos que paguemos la factura que recibió de un proveedor. No podemos procesar su solicitud hasta que tengamos toda la información indicada en este formulario; por lo tanto, envíenos este formulario completo con todas las facturas y la documentación de respaldo lo antes posible. Un formulario de reclamación incompleto o la documentación faltante le serán devueltos con una carta en la que se detalle la información necesaria.
- Los servicios recibidos de más de un proveedor no pueden incluirse en un solo formulario de reclamación. Envíe un formulario de reclamación por separado por cada proveedor. Guarde las copias de sus facturas y la documentación de respaldo para su registro personal.
- El procesamiento de su solicitud para pagarle al proveedor puede tardar hasta 60 días.

Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-559-3500 (TTY: 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

Envíe este formulario completo por fax o por correo postal, junto con las facturas detalladas y la información de respaldo (que incluye los comprobantes de pago, si corresponde) a la siguiente dirección:

**SCAN Health Plan
P.O. Box 21543
Eagan, MN, 55121
Fax: (562)-426-2150**