

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	
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 PARA EL MIEMBRO

Proporcione los documentos obligatorios que se indican a continuación. Cualquier información faltante se le devolverá como incompleta. No podemos procesar su solicitud de reembolso hasta que tengamos toda esta información.

Proporcione los siguientes documentos obligatorios:

- Una factura detallada. Por ejemplo:
 - Debe indicar el nombre y la dirección del proveedor o del prestador médico, una descripción de cada servicio médico o suministro, los montos cobrados por cada servicio o suministro y las fechas en las cuales usted recibió dicho servicio o suministro.
- Documentación o información de respaldo, por ejemplo: expedientes médicos, notas del médico, referencias, recetas, facturas detalladas, etc.
- Comprobantes de pago. Por ejemplo:
 - Declaración del proveedor que demuestre que se realizó el pago.
 - Recibo oficial que indique la información del proveedor.
 - Estados de cuenta de tarjetas de crédito (para su seguridad, tache la información de su cuenta).
 - Cheque cancelado (del frente y del dorso).
- Poder notarial o formulario de nombramiento de representante (disponibles en el sitio web de SCAN). Solo es necesario si usted no es miembro, pero está presentando una reclamación en nombre de un miembro.



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL MIEMBRO
PARA UNA SOLICITUD DE REEMBOLSO**

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 (adjunte una hoja por separado, si es necesario). *Por ejemplo, "el 2/1/20XX, mientras estaba en un crucero, me caí en la cubierta y sufrí un esguince grave en el tobillo derecho. Acudí al médico del barco, el Dr. Juan Pérez, quien me colocó una férula y por ella pagué \$175 con mi tarjeta de crédito".*

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 presentar una solicitud de reembolso por pagos que haya realizado. Debe enviar estos documentos en el plazo de un año desde la fecha en que recibió estos servicios.
- No podemos procesar su solicitud de reembolso hasta que tengamos toda la información; 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. Debe enviar 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 de reembolso puede tardar hasta 60 días.

Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudarle. Llame al número de 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**