



Instrucciones para el Formulario de Reembolso al Miembro

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el Formulario de reembolso para miembros para realizar su solicitud de pago. Por favor tenga en cuenta que no es necesario completar el Formulario de Reembolso para Miembros, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.

- La siguiente información debe adjuntarse a este formulario o incluirse con su solicitud de pago. Sin embargo, HealthSun Health Plans puede solicitar documentación adicional cuando sea necesario.
 - **Copia de factura** del proveedor que indique claramente la fecha y lugar de servicio, los códigos de diagnósticos y procedimientos, unidades/día y la cantidad cobrada.
 - **Copia del recibo de pago** con el nombre del proveedor y la dirección impresa.
 - **Prueba de pago** que incluye entre otros, estado de cuenta bancaria en donde se refleje dicho pago y copia del cheque a nombre del proveedor por ambos lados.
 - **Copias de historial médico** de los servicios recibidos.
- Si la solicitud es presentada por otra persona que no sea el miembro, él o ella debe presentar una copia de los documentos que demuestren su nombramiento como representante legal, así como un documento de Nombramiento de un Representante, un poder notarial, un tutor designado por el tribunal o cualquier otra prueba legal. representación. Puede descargar una copia del formulario de Nombramiento de un Representante en nuestro sitio web accediendo a <https://www.healthsun.com/members/Grievances>. Si una persona reclama el pago como representante legal de un miembro fallecido, debe presentar una copia de los documentos que demuestren el nombramiento, como el albacea de un patrimonio, la carta de elegibilidad de beneficios de sobreviviente de la Administración del Seguro Social o cualquier otra prueba de representación legal.
- Aquellos miembros que hayan recibido servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos deberán hacer una cita con su doctor primario de manera inmediata. Para obtener ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Es importante mencionar que el monto pagado en moneda extranjera será calculado en base al tipo de cambio del lugar de servicio y fecha de pago.
- Favor de enviar el formulario completado o solicitud de pago y la documentación requerida al Departamento de Reclamos a la dirección, correo electrónico o fax señalados a continuación dentro de un plazo de **un (1) año** a partir de la fecha de servicio. En caso de no poder cumplir con dicho plazo, deberá adjuntar una carta explicando las causas del retraso.

Atención: Departamento de Reclamos
 11430 NW 20th Street, Suite 300, Miami, FL 33172
 Fax: (786) 623-6655 - Correo electrónico: claimsdept_efax@healthsun.com

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). HealthSun Health Plans es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.



Formulario de Reembolso al Miembro

UN FORMULARIO POR PERSONA Y POR PROVEEDOR

Por favor escriba de manera clara, complete todas las secciones y firme. (Guarde una copia para su récord personal).

Información del Miembro

Nombre del Miembro:	Fecha de Nacimiento:		
Doctor Primario:	Número de Miembro:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de contacto durante el día:	Teléfono de contacto durante la tarde:		

Información del Proveedor

Nombre:
Dirección:
Teléfono:
Número de identificación:

Información adicional: Complete la información según corresponda.

1. ¿Los servicios anteriores se recibieron debido a una emergencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Los servicios de emergencia fueron debido a un accidente de automóvil?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Los servicios anteriores se prestaron fuera del país?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Otro seguro pagó por los servicios otorgados? (Por ejemplo: Seguro de viaje)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Fue notificado su doctor primario?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Fue referido por su doctor primario?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Está incluida una copia de la factura con este formulario?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Está incluida la copia del recibo con este formulario?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Está incluido el comprobante de pago con este formulario?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Están las copias de los registros médicos incluidas con este formulario?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

La siguiente información debe ser otorgada por su proveedor y debe estar incluida en su factura de servicio.

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). HealthSun Health Plans es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.

