

Formulario de reembolso para miembros

- Si no ha pagado al proveedor, NO USE ESTE FORMULARIO. Pida al proveedor que nos facture directamente con un formulario de reclamación CMS 1500 o UB-04.
- Asegúrese de que el proveedor tenga la información de su membresía de Kaiser Permanente.
- Si tiene un reclamo por medicamentos recetados para pacientes externos cubiertos por Medi-Cal Rx, NO USE ESTE FORMULARIO.
 Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente (Customer Service Center, CSC) de Medi-Cal Rx al (800) 977-2273, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Las solicitudes de reembolso no pueden combinarse. Debe enviar un formulario por cada reembolso individual.

Instrucciones:

- Complete este formulario para solicitar un reembolso por el monto que le PAGÓ al proveedor.
- Llene todo el formulario y fírmelo. Envíe todos los documentos requeridos. Los formularios incompletos o que no estén firmados le serán devueltos.
- Si va a completar el formulario en nombre de alguien más, adjunte un formulario de poder de representación o un formulario de autorización de
 representación. (Los padres no tienen que enviar estos formularios adicionales si firman en nombre de niños menores de edad o de un dependiente legal).
- Guarde una copia de este formulario y de todos los documentos para su registro.
- Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre este formulario, llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece en la página 3.
- Si quiere solicitar un reembolso por una prueba casera de antígeno de COVID-19, complete la cuarta página de este documento. Si no necesita solicitar un reembolso por una prueba casera de antígeno de COVID-19, puede omitir todas las preguntas de la página 4.

SECCIÓN A: Información del paciente

Apellido)																	
Nombre	!																	Inicial del segundo nombre
Direcció	n						1											
Ciudad																		Estado Código postal
Dirección postal Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa.																		
							ĺ						ĺ					
Ciudad																		Estado Código postal
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Número de expediente médico o historia clínica (aparece en la tarjeta de identificación)																		
	/			1														•

SECCIÓN B: Explicación del tratamiento (opcional) Describa los servicios que recibió. Explique por qué el tratamiento no se llevó a cabo en Kaiser Permanente. Si la respuesta es "Sí", indique la fecha Si la respuesta es "Sí", indique la fecha ¿El paciente fue hospitalizado? de ingreso al hospital (mm/dd/aaaa) de alta hospitalaria (mm/dd/aaaa) Sí No Además del monto que ya pagó, ¿el proveedor espera algún pago adicional? No sé Sí No SECCIÓN C: Información necesaria para el reembolso Para evitar demoras en el procesamiento, DEBE brindar la siguiente información: 1. Comprobante de pago: necesitamos los comprobantes de pago al proveedor. Envíenos su recibo, estado de cuenta bancario, copias de los cheques originales (del frente y del reverso) o cualquier otro documento que muestre cuánto pagó al proveedor; Y 2. Factura del proveedor: Envíenos una copia de la factura que pagó. Incluya todas las páginas y cualquier estado de cuenta detallado. Si no tiene una copia de la factura, brinde la siguiente información: Nombre del paciente y número de historia clínica Fechas en las que se prestó el servicio Nombre del proveedor (médico, hospital, servicios de ambulancia, farmacia, laboratorio, etc.) Dirección del lugar donde se proporcionó el servicio (dirección del hospital, dirección del médico, etc.) Servicios que le brindaron (radiografías, consulta, inyección, etc.) Si se le recetó algún medicamento, nombre del medicamento

Nota: Todos los documentos y la información que envíe deben ser legibles o, de lo contrario, se devolverá el formulario.

Monto facturado

SECCIÓN D: Documentos requeridos para el reembolso de un crucero o viaje al extranjero

¿El servicio se brindó durante un crucero o un viaje al extranjero? Sí No. Si la respuesta es "NO", omita esta pregunta. Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Comprobantes del viaje: Documentos de prueba de viaje, como una copia de los boletos de avión o un itinerario del viaje (opcional)

Copias de facturas detalladas y originales o de los servicios (médico, hospital y recetas médicas)

Cualquier historia clínica relacionada, incluidas las copias de informes médicos, notas de hospitalización, notas de la sala de emergencias, etc.

Comprobante de pago de los servicios recibidos, incluidas recetas médicas (recibo o estado de cuenta bancario, copias del frente y del reverso de cheques o cualquier otro documento que muestre cuánto pagó al proveedor)

Nota: Todos los documentos y la información que envíe deben ser legibles o, de lo contrario, se devolverá el formulario.

Firma del paciente

Certifico que la información de este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de toda la información relacionada con los servicios de atención médica que recibí en las fechas indicadas en este formulario. Entiendo que esta información es necesaria para que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. pueda procesar mi reclamo para el pago.

Nombre del paciente/del que autoriza (nombre del padre si el paciente es menor de edad o un dependiente legal)

Firma del paciente/del que autoriza (firma del padre si el paciente es menor de edad o un dependiente legal)

Fecha de la firma

Mejor forma de contacto/número de teléfono

Direcciones postales para solicitudes de reembolso y números de teléfono de Servicio a los Miembros

COLORADO
Dirección para reclamos
P.O. Box 373150
Denver, CO 80237-9998
Servicio a los Miembros
1-303-338-3800

Maryland (MD), Distrito de Columbia (DC) o Virginia (VA) Dirección para reclamos P.O. Box 371860 Denver, CO 80237-9998 Servicio a los Miembros 1-800-777-7902

OREGÓN
Dirección para reclamos
P.O. Box 370050 Denver,
CO 80237-9998
Servicio a los Miembros
1-800-813-2000

GEORGIA

Dirección para reclamos
P.O. Box 370010

Denver, CO 80237-9998

Servicio a los Miembros 1-888-865-5813

HAWÁI Dirección para reclamos P.O. Box 378021 Denver, CO 80237-9998

Servicio a los Miembros 1-800-966-5955

WASHINGTON KPWA Claims Administration

P.O. Box 30766 Salt Lake City, UT 84130-0766 Servicio a los Miembros 1-800-901-4636 SUR DE CALIFORNIA
Dirección para reclamos

P.O. Box 7004

Downey, CA 90242-7004 Servicio a los Miembros 1-800-464-4000

NORTE DE CALIFORNIA Dirección para reclamos

P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 Servicio a los Miembros

1-800-464-4000

MIEMBROS AUTOFINANCIADOS

KPIC Self-Funded Claims Administration

P.O. Box 30547

Salt Lake City, UT 84130-0547 Servicio a los Miembros 1-800-533-1833

INFORMACIÓN SOBRE LAS PRUEBAS CASERAS DE ANTÍGENO DE COVID-19

Complete esta parte del formular	rio únicamente que quiere solicitar (un reembolso por una prueba	a casera de antígeno d	ie COVID-19.
Si quiere solicitar un reembolso p	oor otro motivo, omita esta sección.			

 ¿Esta solicitud de reembolso es por una prueba casera de antígeno de COVID-19? Sí 	n
 Las pruebas que se hayan pedido por internet ya deben haberse enviado (no deben estar pendie hasta que haya recibido las pruebas. ¿Recibió la prueba? Sí No 	
• ¿Compró la prueba antes del 1/15/2022? Sí No	
	Médico Supervisada
·	'
No: Si compró la prueba después del 1/15/2022, ¿la solicitó un médico o fue supervisada?	Médico Supervisada
• ¿La prueba estaba autorizada para uso de emergencia o contaba con aprobación de la Administración	de Alimentos y Medicamentos? Sí No
• ¿Su empleador le solicitó que se haga la prueba? Sí No	
 Una caja o un kit puede contener más de una prueba. Por ejemplo, una caja puede contener dos pruel 	bas. En total, ¿cuántas pruebas compró?
• ¿Ya se hizo la prueba? Sí No	
• Si la respuesta es "Sí", ¿dónde se conocieron los resultados? En mi casa En el la	boratorio
• ¿Quién se hizo la prueba? (Incluya el nombre, número de historia clínica y cantidad de pruel	pas que se hicieron)
Incluya los siguientes documentos con su solicitud:	
• Recibo de compra detallado con nombre de la prueba, fecha de la compra, precio y cantidad de pr	uebas.
• Foto del código QR o código de barras universal de producto de la caja de la prueba.	
• Si la fecha de la prueba casera de antígeno de COVID-19 es anterior al 15 de enero, incluya evidencia de	e la receta médica o de la participación del proveedor.
Firma del paciente	
Confirmo que la prueba de antígeno del COVID-19 que compré fue para uso personal; no es para lo exija la ley estatal vigente; no se ha reembolsado ni se reembolsará por otro medio; y no se usa	
to exija la ley estatal vigente, no se na reembolsado in se reembolsara por otro medio, y no se disc	na para reventa.
Nombre del paciente/del que autoriza (nombre del padre si el paciente es menor de edad o un d	ependiente legal)
Firma del paciente/del que autoriza	Fecha de la firma
(firma del padre si el paciente es menor de edad o un dependiente legal)	rectia de la fiffia
Mejor forma de contacto/número de teléfono	