



**KAISER  
PERMANENTE®**

**FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA MIEMBROS**

**INSTRUCCIONES:**

- Llene este formulario para solicitar un reembolso por el monto que PAGÓ al proveedor.
- 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.
- Llene completamente el formulario y firmelo. Envíe todos los documentos requeridos. Los formularios incompletos o que no estén firmados le serán devueltos.
- Si está llenando el formulario en nombre de alguien más, adjunte un formulario de poder notarial o un formulario de Designación de representante. 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 en sus archivos.
- Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre el formulario, llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece a continuación.

**SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido	Nombre	Inicial
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección del paciente	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de historia clínica (aparece en la tarjeta de identificación)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El paciente tiene cobertura de Medicare?  Sí  No      ¿Se trata de una solicitud de reembolso de un medicamento recetado?  Sí  No  
 ¿El paciente tiene cobertura de Medicaid/Medi-Cal?  Sí  No  
 ¿El paciente tiene cobertura de Medicare y de Medicaid/Medi-Cal?  Sí  No  
 El servicio se debió a un accidente automovilístico?  Sí  No  
 ¿El paciente tiene otra cobertura de seguro médico?  Sí  No. Si la respuesta es "Sí" llene la Sección B, a continuación.

**SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA**

Nombre y dirección del otro seguro	Número de identificación del suscriptor	Número de grupo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre del empleador	Número de teléfono del seguro
	<input type="text"/>	(      )

**SECCIÓN C: EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO (opcional)**

*Describa los servicios que recibió. Explique por qué el tratamiento no se llevó a cabo en Kaiser Permanente.*

<input type="text"/>

¿Se usó una ambulancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "Sí", ¿quién llamó a la ambulancia? <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente <input type="checkbox"/> Policía/bomberos <input type="checkbox"/> Otro: _____																					
¿El paciente fue admitido en el hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "Sí": fecha de admisión (MM/DD/AAAA) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;">/</td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;">/</td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> Si la respuesta es "Sí": fecha de alta hospitalaria (MM/DD/AAAA) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;">/</td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;">/</td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>				/			/							/			/				
		/			/																		
		/			/																		

### SECCIÓN D: INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL REEMBOLSO

Para evitar demoras en el procesamiento, **DEBE** brindar la siguiente información:

- (1) **Comprobante de pago: necesitamos comprobante de que pagó 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 del proveedor que usted **pagó**. Incluya todas las páginas y cualquier estado de cuenta detallado.

**O** si no tiene una copia de la factura, brinde la siguiente información:

Nombre del paciente y número de historia clínica	
Fechas de servicio	
Nombre del proveedor (médico, hospital, servicios de ambulancia, farmacia, laboratorio, etc.).	
Dirección donde se brindó el servicio (dirección del hospital, dirección del médico, etc.).	
Servicios que le brindaron (radiografía X, visita al consultorio, inyección, medicamento recetado, etc.).	
Monto facturado	

**Nota: Todos los documentos e información que envíe debe ser legible o, de lo contrario, se devolverá el formulario.**

### SECCIÓN E: DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL REEMBOLSO DE 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 las siguientes preguntas.

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

<input type="checkbox"/> Prueba de viaje: documentos de viaje como una copia de boletos de avión o itinerario de viaje (opcional)	<input type="checkbox"/> Cualquier historia clínica relacionada, incluidas las copias de reportes médicos, notas de hospitalización, notas de la sala de emergencias, etc.
<input type="checkbox"/> Copias de facturas detalladas y originales de servicio (médico, hospital y recetas médicas)	<input type="checkbox"/> 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 e información que envíe debe ser legible o, de lo contrario, se devolverá el formulario.**

### FIRMA DEL PACIENTE

**Certifico que la información brindada en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la entrega 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 reclamación para el pago.**

PACIENTE/NOMBRE DEL QUE AUTORIZA: (FIRMA DEL PADRE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD o UN DEPENDIENTE LEGAL)

PACIENTE/FIRMA DEL QUE AUTORIZA: (FIRMA DEL PADRE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD o UN DEPENDIENTE LEGAL)

FECHA DE LA FIRMA:

**DIRECCIÓN PARA EL ENVÍO DEL REEMBOLSO Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SERVICIOS A LOS MIEMBROS**

**MIEMBROS DE COLORADO**

**Dirección para reclamaciones**  
P.O. Box 373150  
Denver, CO 80237-9998  
**SERVICIO A LOS MIEMBROS**  
1-303-338-3800

**MIEMBROS DE GEORGIA**

**Dirección para reclamaciones**  
P.O. Box 370010  
Denver, CO 80237-9998  
**SERVICIO A LOS MIEMBROS**  
1-888-865-5813

**MIEMBROS DEL SUR DE CALIFORNIA**

**Dirección para reclamaciones**  
P.O. Box 7004  
Downey, CA 90242-7004  
**SERVICIO A LOS MIEMBROS**  
1-800-464-4000

**MIEMBROS DE MD, DC O VA**

**Dirección para reclamaciones**  
P.O. Box 371860  
Denver, CO 80237-9998  
**SERVICIO A LOS MIEMBROS**  
1-800-777-7902

**MIEMBROS DE HAWAII**

**Dirección para reclamaciones**  
P.O. Box 378021  
Denver, CO 80237-9998  
**SERVICIO A LOS MIEMBROS**  
1-800-966-5955

**MIEMBROS DEL NORTE DE CALIFORNIA**

**Dirección para reclamaciones**  
P.O. Box 12923  
Oakland, CA 94604-2923  
**SERVICIO A LOS MIEMBROS**  
1-800-464-4000

**MIEMBROS DE NORTHWEST**

**Dirección para reclamaciones**  
P.O. Box 370050  
Denver, CO 80237-9998  
**SERVICIO A LOS MIEMBROS**  
1-800-813-2000

**RECLAMACIONES DE AMBULANCIAS**

**Dirección para reclamaciones**  
EMI – KP Ambulance Claims  
P.O. Box 853915  
Richardson, TX 78085-3915