Formulario de Presentación de Reclamo del Miembro

HealthSCOPE BENEFITS

Información importante

Presente su recibo o resumen de cuenta desglosado junto con este formulario de reclamo completo con la información necesaria para que se considere un reclamo válido. Consulte los artículos necesarios para presentar este reclamo en el punto n.° 6 que se encuentra en el reverso de este formulario. Si no se recibe la documentación necesaria, el reclamo no será procesado. Engrape el recibo o el resumen de cuenta desglosado aquí en el reverso de este formulario.

Para utilizar la forma más rápida de llenar este formulario, recomendamos que lo presente a través de nuestra herramienta en Internet. Para ello, inicie sesión en su cuenta para miembros en **healthscopebenefits.com**. Ponga el mouse sobre **"Claims" (Reclamos)** y seleccione **"Submit a claim" (Presentar un reclamo)**. En la siguiente pantalla, seleccione **"Submit an online claim" (Presentar un reclamo en Internet)**. También puede presentar su reclamo desde nuestra aplicación de HealthSCOPE Benefits. Para descargar la aplicación, ingrese a su tienda de aplicaciones o escanee el código QR aquí. En el reverso de este formulario encuentra otras opciones para presentar reclamos.

Información personal

Nombre del empleador _____ Número de grupo del plan _____

Nombre del empleado _____ ID de miembro _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Número de teléfono o dirección de correo electrónico del empleado _____

Emitir el pago al ◯ Miembro ◯ Proveedor Fecha del servicio (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Nombre del centro _____ N.° de ID fiscal del proveedor de 9 dígitos (solo para EE. UU.)

Nombre del proveedor _____

Campo obligatorio. Comuníquese con su proveedor si el resumen de cuenta no contiene esta información.

Dirección del proveedor _____

Tipo de servicio

Marque todo lo que corresponda. Nota: Es posible que todos los tipos de servicio no estén cubiertos por su plan.

☐ Seguro Médico	☐ Visita al consultorio	☐ Vacuna antigripal	☐ Sacaleches	☐ Laboratorio
	☐ Vacunas	☐ Equipo médico duradero		☐ Radiografías
	☐ Medicamentos con receta	☐ Salud del comportamiento	☐ Consumo de sustancias	☐ Otro *(llene a continuación)*
☐ Extranjero	☐ Visita al consultorio	☐ Hospital	☐ Sala de emergencia	
	☐ Laboratorio	☐ Radiografías	☐ Medicamentos con receta	
	☐ Otro _____			
	País _____	Cargo en USD $ _____	Diagnóstico _____	

Si marcó Otro, complete la información a continuación. Use el espacio para describir brevemente los servicios prestados.
Por ejemplo: reclamos por membresía de bienestar/gimnasio, acupuntura, en el extranjero. **Es posible que todos los tipos de servicio no estén cubiertos por su plan.**

_____

_____

(Continúa)

Presentar su reclamo es fácil. Revise estos consejos importantes.

1. Use este formulario para presentar un reclamo por cualquier gasto médico que cumpla con los requisitos cuando no lo haga su médico u otro proveedor. Complete todos los campos obligatorios con letra de imprenta clara y tinta negra.
2. Adjunte su resumen de cuenta desglosado *(o una copia de la factura completamente legible)* al reverso de este formulario. Guarde una copia para sus registros. Use un formulario de reclamo por separado para cada profesional de cuidado de la salud y para cada familiar.
3. Consulte su tarjeta de ID de HealthSCOPE Benefits para lo siguiente:
   - Nombre del empleador
   - Número de grupo del plan
   - Nombre del miembro (como aparece en la tarjeta de ID)
4. El nombre y la fecha de nacimiento del paciente deben coincidir con nuestro archivo de cumplimiento. Por ejemplo - Si su nombre fuera Eugene Smith en su solicitud de inscripción, el reclamo debe indicar Eugene, no Gene.
5. Se requieren el nombre, la dirección y el número de ID fiscal del proveedor de servicios. Si el número de ID fiscal del proveedor (número de 9 dígitos) no figura en su copia del recibo, puede comunicarse con su consultorio para obtenerlo.
6. Para que se lo tenga en cuenta como un reclamo válido (excepto en el caso de las membresías a los gimnasios), su factura debe incluir la siguiente información:
   - Nombre del paciente
   - Fecha del servicio
   - Descripción del servicio (por ejemplo, visita al consultorio, inyección)
   - Diagnóstico (tipo de enfermedad o lesión)
   - Un cargo por cada servicio
   - Nombre, dirección y número de ID fiscal del proveedor (campo obligatorio para servicios prestados en los EE. UU. o en territorios de los EE. UU.)
7. Si su plan cubre membresías a gimnasios u otros servicios no considerados gastos médicos tradicionales, la información necesaria para presentar un reclamo puede variar. Es posible que no se soliciten la fecha del servicio y el diagnóstico.
8. Los resúmenes de cuenta con saldo pendiente no son reclamos válidos. Consulte más arriba la información necesaria para realizar un reclamo válido.
9. Su presentación del reclamo se escaneará. Engrape cualquier adjunto en el reverso del formulario de reclamo, no en el anverso. Además, indique el número de miembro en cualquier adjunto en caso de que se separe la documentación del formulario de reclamo.
10. La dirección del reclamo que se encuentra al pie del formulario de reclamo es para el uso exclusivo del miembro; los proveedores deben facturar a la dirección indicada en la tarjeta de ID del miembro. El número de fax también es compatible con el envío internacional de faxes.
11. Solo se deben presentar en este formulario los cargos por medicamentos con receta que son permitidos en su plan médico.
12. Reclamos en el extranjero: llene todos los campos, incluso el tipo de servicio, la fecha del servicio, el país, los cargos en dólares estadounidenses (presente recibo de pago en dólares estadounidenses) y el código de diagnóstico o descripción del diagnóstico. Es posible que el procesamiento de su reclamo se demore si se necesita una traducción. Toda información que pueda presentarse en inglés agilizará el procesamiento.

En lugar de presentar su reclamo en Internet o a través de nuestra aplicación, podría presentarlo mediante uno de los siguientes métodos.

Fax:
855-444-2896

Correo Postal:
HealthSCOPE Benefits, P.O. Box 30541
Salt Lake City, UT 84130-0541

© 2025 United Healthcare Services, Inc. UMF0022-HSB-SP 0625 UA
Ninguna parte de este documento podría reproducirse sin autorización.