

## Formulario de Reembolso para Miembros

Este formulario se utiliza para el reembolso de servicios cubiertos brindados como parte de sus beneficios del plan de Clarion Health. Un Miembro o un Representante Autorizado debe llenar el Formulario de Reembolso y proporcionar toda la información requerida para que la solicitud sea procesada. Si usted está solicitando un reembolso por servicios brindados por varios proveedores, debe llenar una forma diferente para cada uno de los proveedores. **Por favor escriba claramente.**

*Las solicitudes de indemnización médicas deben ser entregadas dentro de un plazo de 365 días a partir de la fecha del servicio. Si no entrega las solicitudes de indemnización médicas dentro del plazo de 365 días tendrá que entregar una apelación por escrito que demuestre que hay una buena justificación del retraso al presentar la solicitud de indemnización. No utilice este formulario para el reembolso de medicamentos con receta. Por favor utilice el \*formulario de Solicitud de Indemnización de Medicamentos con Receta\*.*

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	
Número de Identificación de Miembro:	Fecha de la solicitud:
Nombre:	Apellido:
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):	
Teléfono:	Horario preferido para recibir llamadas:
REPRESENTANTE AUTORIZADO (si es aplicable)	
Nombre:	Apellido:
Teléfono:	Horario preferido para recibir llamadas:
MOTIVO DE LA SOLICITUD (marque todas las opciones que sean aplicables)	
<input type="checkbox"/> Problema con la inscripción/elegibilidad <input type="checkbox"/> Proveedor fuera de la red	<input type="checkbox"/> Solicitud fuera del área/urgente/de emergencia <input type="checkbox"/> Otro; por favor explique:
DETALLES DE LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN	
Nombre del proveedor:	Dirección del proveedor:
Fecha(s) del servicio:	Cantidad cobrada:

Describa el(los) servicio(s) que recibió (por ejemplo, visita a la sala de emergencia, laboratorio, equipo, etc.):

*Algunos servicios, dispositivos y equipos requieren autorización previa como condición para el pago. Consulte su Evidencia de Cobertura para más información.*

¿Alguna condición relacionada con un accidente automovilístico o con su empleo? (Sí o No)  
Si respondió que sí, proporcione la fecha del incidente.

Cantidad a reembolsar: \$\_\_\_\_\_

*Por favor considere: A los reembolsos se les restará cualquier costo compartido o copago correspondiente. Consulte su Evidencia de Cobertura para más información.*

### FIRMA REQUERIDA

*Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta, que recibí estos servicios personalmente y estoy solicitando el reembolso de acuerdo a los beneficios de mi plan. Entiendo que las acciones fraudulentas (incluyendo declaraciones falsas) podrían estar sujetas a penalizaciones civiles o criminales. Asimismo, autorizo la divulgación de información elegible correspondiente a esta(s) solicitud(es) de indemnización al administrador del plan, agente de seguros, patrocinador del plan y/o titular de la póliza.*

Firma:

Fecha:

**Por favor envíe por fax o correo electrónico el formulario lleno y firmado junto con el comprobante de pago y el recibo/la cuenta desglosada a la dirección a continuación.** El comprobante de pago debe incluir su nombre, la cuenta del proveedor desglosada y el comprobante de su pago (es decir, el Recibo del Proveedor, el Recibo de la Tarjeta de Crédito, el Cheque Cancelado –anverso y reverso–, etc.). **Conserve una copia de este formulario y de sus recibos.**

**Correo:** Clarion Health  
Attn: Claims  
P.O. Box 21405  
Eagan, MN 55121

**Fax:** 1-312-873-4405

Si necesita ayuda, por favor llame a Servicios para los Miembros al 1 (844) 824-8771. TTY: 711. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes, del 1º de abril al 30 de septiembre; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana, del 1º de octubre al 31 de marzo.