

**Formulario de reclamación de reembolso de gastos médicos para miembros**

Use este formulario de reclamación para que le reembolsen gastos de bolsillo elegibles por servicios médicos. Envíe por CORREO ELECTRÓNICO el formulario y los documentos requeridos: MemberReimbursements@Wellcare.com, o envíe por FAX el formulario y los documentos requerido al: 1-813-283-3284, O envíe por CORREO el formulario y los documentos requerido a: Fidelis Care Reimbursement Department • P.O. Box 31381 • Tampa, FL 33631-3381.  
Envíe un formulario por miembro.

**NOTA IMPORTANTE:** Use este formulario cuando solicite el reembolso de servicios **MÉDICOS** únicaente. Este formulario **NO** debe usarse para reembolsos de farmacia. Comuníquese con su administrador de beneficios o con Servicios al Miembro si la solicitud es sobre servicios dentales de rutina, de farmacia, de la Parte D, de audición, de transporte, de la vista o de entrenamiento físico, o sobre servicios de la tarjeta Flex Card. La información de contacto figura al dorso de su tarjeta de identificación (ID).

**Para solicitar el reembolso de servicios médicos, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE:****A Complete este formulario.**

- Escriba en letra de imprenta su nombre y número de ID de miembro como aparece en la tarjeta de ID de Fidelis Care.
- Proporcione su dirección postal e incluya su número de teléfono.
- Describa el motivo por el cual solicita el reembolso.
- Brinde la fecha del servicio por el que solicita el reembolso. (Esta es la fecha en la que se prestó el servicio). Enumere por separado las fechas de servicio o de admisión para las hospitalizaciones.
- Escriba en letra de imprenta el nombre del médico o del centro que le proporcionó el servicio.
- Dé una breve descripción del servicio que se proporcionó.
- Escriba el monto solicitado en la línea individual de cada servicio.
- Sume todas las líneas individuales y escriba el monto total solicitado para el reembolso de todos los servicios.

**B. Cada factura detallada DEBE incluir toda la siguiente información:**

- Fecha de cada servicio.
- Lugar de cada servicio: consultorio del médico, laboratorio independiente, hospital para pacientes ambulatorios, hospital para pacientes hospitalizados, centro de convalecencia, hogar del paciente.
- Descripción de cada servicio o suministro médico o quirúrgico proporcionado.
- Cargo de CADA servicio.
- El nombre y la dirección del médico o proveedor. En muchos casos, en la factura se incluyen los nombres de varios médicos o proveedores. **ES MUY IMPORTANTE QUE IDENTIFIQUE EL MÉDICO O PROVEEDOR QUE LE TRATÓ A USTED.** Simplemente marque con un círculo el nombre en la factura.

**C. Comprobantes de pago:**

- Copia del cheque cancelado (frente y dorso).
- Resumen de la tarjeta de crédito que indique que se pagó al proveedor.
- Factura o estado de cuenta del proveedor que incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor; las fechas de servicio; los servicios prestados; y el saldo junto con el método de pago que indique que se pagó: efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ ID del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Escriba una breve descripción de su solicitud:**

Fecha del servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Monto solicitado

**Monto total de la solicitud de reembolso** \_\_\_\_\_

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que se pagó el monto indicado arriba por los servicios recibidos. Entiendo que si la información proporcionada en este formulario es engañosa o fraudulenta, puedo estar sujeto a sanciones civiles o penales por presentar reclamaciones de atención de salud falsas.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Los proveedores de la red Fidelis Care nos facturan directamente sus servicios cubiertos. Esto significa que no debe recibir ninguna factura por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, debe enviárnosla. No pague la factura. Nosotros trabajaremos con su proveedor. No obstante, si ya ha pagado los servicios cubiertos, Fidelis Care revisará su solicitud de reembolso una vez que haya cumplimentado este formulario. Adjunte una factura detallada y el recibo de pago de su médico o proveedor. Todas las solicitudes se procesarán dentro de los [60] días a partir de que se reciban. Tenga en cuenta que su factura debe estar pagada en su totalidad **antes** de poder presentar esta solicitud de reembolso y que toda la documentación requerida debe estar incluida con la solicitud envíe por CORREO ELECTRÓNICO el formulario y los documentos requeridos a: MemberReimbursements@Wellcare.com, O envíe por FAX el formulario y los documentos requeridos a: 1-813-283-3284, O envíe POR CORREO el formulario y los documentos requeridos a: Departamento de reembolsos de Fidelis Care • P.O. Box 31381 • Tampa, FL 33631-3381. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.