

## Formulario de reembolso directo al miembro para planes de Medicare de HealthSpring

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA INSCRITA

Número de tarjeta de ID (se encuentra en el frente de su tarjeta de ID de Medicare de HealthSpring) \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona inscrita: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Sexo de la persona inscrita: ☐ Masculino ☐ Femenino

Teléfono para comunicarse durante el día: \_\_\_\_\_

Usted es: ☐ Persona inscrita ☐ Representante del beneficiario

Si usted es el Representante del beneficiario, incluya el formulario de Nombramiento de representante (AOR, por sus siglas en inglés), el poder o el formulario de albacea testamentario según corresponda. Puede encontrar el formulario de AOR en: [www.cms.gov](http://www.cms.gov).

### MOTIVO DEL REEMBOLSO

Puede usar este formulario de reclamo para solicitar el reembolso de gastos cubiertos. Puede seleccionar los motivos que aparecen a continuación para contarnos más sobre su solicitud.

- ☐ No usé mi tarjeta de ID médica
- ☐ Estaba esperando una Referencia médica o una Autorización (Determinación de la organización)
- ☐ Estaba de viaje fuera del país/Crucero
- ☐ Proveedor no participante/Fuera del estado
- ☐ Otro
- ☐ Equipo médico duradero
- ☐ Servicios de cuidado de la vista
- ☐ Servicios de cuidado de la audición/Aparatos auditivos
- ☐ Cuidado dental
- ☐ En relación con un trasplante
- ☐ Acupuntura

☐ Mi cobertura primaria es de otra compañía de seguros.

Nombre del otro plan de seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Incluya cualquier información adicional o motivo de los servicios brindados, para ayudarnos a revisar mejor su solicitud:

---



---



---



---



---



---



---

## Formulario de reembolso directo al miembro para planes de Medicare de HealthSpring

### INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS MÉDICOS

Envíe una copia de la factura detallada del proveedor de cuidado de la salud, su recibo de caja, el recibo o estado de cuenta de la tarjeta de crédito (si pagó con tarjeta de crédito) que demuestre el pago por sus servicios médicos.

Fecha del servicio:	Descripción del servicio:
Nombre del proveedor:	Monto pagado:
Dirección del proveedor:	Número de teléfono del proveedor:

Fecha del servicio:	Descripción del servicio:
Nombre del proveedor:	Monto pagado:
Dirección del proveedor:	Número de teléfono del proveedor:

### CERTIFICACIÓN DE LA PERSONA INSCRITA

Manifiesto que la información sobre la persona inscrita que se ingresó en este formulario es correcta y que la persona inscrita mencionada ha recibido el servicio que se describe. Autorizo la divulgación de toda la información relativa a este reclamo al Administrador del plan o a las personas que él designe. Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona:

- (1) presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o
- (2) con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito.

Firma de la persona inscrita: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Representante del beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Formulario de reembolso directo al miembro para Medicare Advantage de HealthSpring

### LISTA DE CONTROL DE LAS INSTRUCCIONES

1. Complete íntegramente todas las secciones de este formulario.
2. Firme y feche la declaración de Certificación de la persona inscrita.
3. Una copia del comprobante de pago o recibo, incluida una factura detallada.
4. Cuando presente esta solicitud por una persona que no sea usted, incluya el formulario de Nombramiento de representante (AOR), el poder o el formulario de albacea testamentario según corresponda.
5. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente de Medicare.
6. Haga copias de todos sus recibos médicos y/o de medicamentos con receta, y conserve una copia para sus registros.
7. Envíe su solicitud por correo a:

HealthSpring Medicare  
Advantage

Attn: DMR  
PO Box 1004  
Nashville, TN 37202

Una vez que hayamos procesado el reclamo, usted recibirá una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). La EOB explicará los cargos aplicados a sus servicios cubiertos y los cargos que le adeude al profesional de cuidado de la salud. El procesamiento del reclamo puede demorar hasta 60 días.

Los productos y servicios de HealthSpring se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, una compañía de seguros mutuos con reserva legal. © 2025 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.