

Clover

Formulario de presentación de reclamaciones del miembro

Dirección para el envío

Para equipos médicos duraderos o servicios prestados que no sean dentales o relacionados con la visión, enviar a la siguiente dirección:

Clover Health
Attention: Claims
P.O Box 471
Jersey City, NJ 07303

Para reembolsos relacionados con servicios dentales o de la visión, siga las pautas a continuación.

Para **servicios dentales**, envíe la siguiente documentación:

1. Formulario de reclamación dental de la American Dental Association (ADA) completo proporcionado en línea*.
2. Copia de su tarjeta de identificación de miembro de Clover.
3. Copia de cualquier recibo de pago que haya realizado.
4. Envíe su formulario de reclamación a la siguiente dirección:

DentaQuest
P.O Box 2906
Milwaukee, WI 53201

*Si no puede completar el Formulario de reclamación dental de la ADA, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de DentaQuest al 1-800-466-7566 y podrán asistirlo. El horario de atención es de lunes a viernes de 8am a 6pm (hora del este).

Para **servicios de la visión**, envíe la siguiente documentación:

1. Copia de su tarjeta de identificación de miembro de Clover.
2. Copia de cualquier recibo de pago que haya realizado.
3. Envíe su formulario de reclamación a la siguiente dirección:

EyeQuest
Attn.: Vision Claims Processing
P.O Box 433
Milwaukee, WI 53201

Para garantizar que su reclamación se procese de manera oportuna

Use tinta negra o azul y escriba con letra clara y legible, o bien, complete el formulario en línea. Complete todos los campos requeridos en el formulario. Solicite a su proveedor información médica y de proveedores, o puede llevar este formulario y solicitarle a su proveedor que lo complete. Es posible que rechacen su presentación si no completa toda la información requerida. Asegúrese de enviar un formulario por separado por cada reclamación. Espere hasta 60 días a partir de la fecha de recepción para que procesemos su reclamación.

Si tiene otro seguro o Medicare, incluya la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB).

Cómo obtener el máximo beneficio

Use un proveedor dentro de la red para recibir el máximo beneficio. Podría estar en riesgo de pagar por adelantado un servicio o artículo que no esté cubierto por sus beneficios. Los proveedores dentro de la red deben presentar una reclamación a Clover y cumplir ciertas reglas respecto de cuánto pueden facturar por prestar un servicio cubierto. Cuando un proveedor presenta una reclamación a Clover para el pago, podemos protegerlo de costos inesperados al comparar el monto facturado con el monto que aprueba Medicare. Esto garantiza que los pagos que usted realice y que realice Clover sean correctos.

Tenga en cuenta que el costo compartido del miembro (deducibles, copagos y coseguros) no son reembolsables y la presentación de este formulario no garantiza el pago.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la línea de Servicios para los Miembros al 1-888-778-1478. Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (hora del este), los 7 días de la semana. Tenga en cuenta que, del 1 de abril al 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Clover

Formulario de presentación de reclamaciones del miembro

Información del miembro:		
Nombre completo del miembro:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
N.º de identificación de miembro: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____/_____/_____	
Número de teléfono: (____) _____ - _____	Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información del proveedor: (Solicite esta información a su proveedor o pídale que la complete)		
Nombre del proveedor que presta el servicio o del centro:		
¿Acepta la asignación de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información médica: (Solicite esta información a su proveedor o pídale que la complete)	
Descripción del servicio/artículo recibido:	
Descripción de los síntomas:	
Fecha(s) de servicio:	Fecha de la enfermedad/lesión:
Código(s) de procedimiento:	Código(s) de diagnóstico:
La condición estuvo relacionada con lo siguiente: (si corresponde) <input type="checkbox"/> Empleo del paciente <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Otro accidente (descripción):	
Monto pagado por el miembro:	

Otro seguro: (si corresponde).		
Nombre del otro seguro de salud:	Número de póliza:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Incluya la siguiente documentación:

- Formulario de presentación de reclamaciones del miembro completado.
- Una factura detallada que incluya lo siguiente:
 - Nombre y dirección del proveedor.
 - Códigos de procedimiento.
 - Códigos de diagnóstico.
 - Fecha(s) de servicio.
 - Monto cobrado por cada servicio.

Con mi firma más abajo, declaro que la información proporcionada anteriormente es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta. Certifico que, al completar este formulario, solicito el reembolso monetario de un programa federal de atención médica por servicios de atención de la salud, y autorizo la divulgación de toda información médica necesaria para procesar esta reclamación.

Firma: _____ **Fecha:** _____

COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL: Esta comunicación es solo para la persona o entidad a la que está dirigida y contiene información que es confidencial. Si recibió esta comunicación por error, borre el mensaje de correo electrónico y comuníquese con el remitente de inmediato. Es posible que esta información le haya sido revelada a partir de registros confidenciales y puede estar protegida por leyes federales y estatales. Esta información puede incluir información confidencial de salud mental, abuso de sustancias, abuso de alcohol o puede estar relacionada con el VIH. Las leyes federales y estatales le prohíben seguir divulgando esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que le pertenece, o de otra manera permitida por ley. Cualquier divulgación no autorizada en violación de las leyes podrá provocar el cobro de una multa o la emisión de una sentencia de encarcelamiento, o ambas. Una autorización general para la divulgación de esta información puede no ser suficiente autorización para continuar divulgándola.

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Si desea obtener más información, llame al 1-888-657-1207 (TTY 711).