

REEMBOLSO DE MIEMBROS FORMULARIO DE RECLAMACIÓN



breckpoint[®]

LEAD TOGETHER

Normalmente, cuando usted visita a un proveedor para el servicio, el proveedor notifica a su Prelada Plan ("Plan") del servicio mediante la facturación de nosotros. Sin embargo, hay ocasiones en las que el proveedor requiere que un miembro pague antes de recibir un servicio cubierto. Este formulario de reclamación de reembolso de miembros fue desarrollado para que usted nos notifique de estos servicios cubiertos para los cuales usted ha pagado y el plan no ha sido facturado.

TIPO DE RECLAMACIÓN	Médica	Receta	Dental	Visión	Rideshare Transporte
---------------------	--------	--------	--------	--------	----------------------

INFORMACIÓN de miembro principal		INFORMACIÓN del paciente	
Número de identificación de miembro:	Número de grupo:	Relación con el miembro principal (Marque la casilla correspondiente) Auto Cónyuge Niño dependiente Otros	
Nombre (Último, primero, inicial intermedio, sufijo)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Nombre (Último, primero, inicial intermedio, sufijo)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)		Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)	

Documentación para cada solicitud tendrá que mostrar **fecha de servicio, Descripción del servicio recibido y Cargos**, así como **el nombre de proveedor Y Dirección**. Las pautas del IRS no permiten cheques cancelados, recibos de tarjetas de crédito o extractos bancarios para ser usados como documentación de gastos.

- Por favor, detallar gastos para ayudar Facilitar procesamiento adecuado. Si usted tiene más gastos que este formulario permite, por favor adjunta un adicional Forma. Si no detallas tus gastos, procesaremos tu reclamación de reembolso sobre la base de la documentación recibida.
- Los participantes deben tener reclamación de reembolsos enviado dentro de 90 días después de la fecha de servicio.
- Columnas C Y D no son necesarios para reclamaciones de reembolso de transporte Rideshare.
- Para preguntas, por favor llame: **844-798-4878**

REGISTRO de servicio proporcionado					
(A) Fecha de Servicio (MM/DD/AAAA)	(B) Código de servicio o Descripción del servicio prestado (Servicio recibido, nombre de la prescripción, lugar viajado desde y hasta Nombre de Prueba Aprobada por la FDA para Detección de Covid)	(C) Código o descripción de diagnóstico	(D) Nombre de proveedores (Apellido, primera inicial)	(E) Cantidad	(F) Pagado
(1)					
(2)					
(3)					
(4)					
(5)					
(6)					
Grand Total					

INFORMACIÓN del proveedor		INFORMACIÓN de pago
Nombre :		Tipo de pago (Marque la casilla correspondiente) Comprobar Débito/crédito Efectivo
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)		Fecha de pago (MM/DD/AAAA)
Número de teléfono	Número de identificación tributario	Total pagado

Certificación y divulgación de información:

Yo, como el firmante de abajo, certifican que la información Miembro Reclamación de reembolso Forma es verdadera y correcta a mi leal saber. Me Expresamente autorizado Rize la liberación de cualquier médico, salud u otro personal información necesaria para procesar este reclamación de reembolso. Certifico que soy un participante en el P de la empresa Lan correspondiente con el identificador de miembro y el número de grupo identificado anteriormente y que todos los gastos por los que se reclama el reembolso o el pago mediante la presentación de este formulario se incurrieron durante el período l estaba cubierto por el plan; y que los gastos no han sido reembolsados o no son reembolsables bajo ninguna otra cobertura. Represento y garantizo que entender plenamente que Me Solo En plenamente responsable de la suficiencia, exactitud y veracidad de toda la información relativa a este reclamación de reembolso, y que a menos que un gasto para el que se reclama el reembolso es un gasto adecuado en virtud de la Plan Me puede ser responsable del pago de todos cantidades (incluyendo Impuestos) que se refieren a ese gasto.

Firma del miembro asegurado

Fecha

MEMBER REIMBURSEMENT CLAIM FORM



breckpoint[®]
LEAD TOGETHER

Instrucciones para la presentación de un Reclamación de reembolso

Por favor lea las siguientes instrucciones acerca de cómo reportar los servicios de atención médica.

IMPORTANT

1. Su cooperación para completar todos los artículos reclamación de reembolso formulario, firmando la parte posterior del formulario y adjuntando toda la documentación requerida nos ayudará a procesar su reclamación de reembolso rápida y precisa.
2. Utilice este formulario para todos los reembolsos del plan.
3. Sólo tiene que rellenar este formulario si su Proveedor no está archivando la Reclamación Para tí. Incluso si el proveedor está no es parte de una red (fuera de la red), su Proveedor todavía puede archivar el Reclamación Para tí.
4. Si recibió este reclamación de reembolso forma electrónicamente, por favor, asegúrese de que todos los campos están llenos para poder enviar el formulario. Cuando acaba de complitar la forma, recuerde de Enviar Botón Fields en la parte inferior de la Página 1 después de imprimir el formulario completado.
5. Si está rellenando el formulario a mano, utilice un nuevo formulario impreso en lugar de una fotocopia. De esta manera podemos escanear el formulario y procesar el reclamación de reembolso Rápido. Imprima por favor claramente en tinta negra. Evite utilizar un resaltador en cualquier fax, ya que la documentación se vuelve ilegible.
6. Tenemos que conseguir su reclamación de reembolso Dentro 90 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, a menos que su plan o ley estatal permiten más tiempo.
7. Por favor use un reclamación de reembolso formulario para cada Proveedor, y para cada miembro de su familia.
8. Para procesar su reclamación de reembolso, necesitamos su número de identificación desde el frente a su tarjeta de identificación.
9. **Las facturas deben ser detalladas:** No se pueden procesar los cheques cancelados, los recibos de la caja registradora y las declaraciones de "saldo vencido" no desglosadas.
10. **Cada factura detallada debe incluir:** Nombre y dirección del proveedor (médico, hospital, laboratorio, servicio de ambulancia, etc.), nombre del paciente, fecha (s) de servicio, cantidad cargada por cada servicio, cargo total, diagnóstico o razón de tratamiento
11. Si el Participante tiene otra cobertura, y que otro seguro es primario, necesitamos un Explicación de beneficios (EOB) para este servicio de la otra compañía de seguros cuando usted envía el formulario completado y la factura detallada.
12. Cuando se complete, revisar la reclamación y, si procede, Enviar un cheque yo carta de seguimiento.

Además, la siguiente información también debe incluirse en las facturas de los tipos de servicio enumerados a continuación:

- **Rideshare Transportación:** Puntos de recogida y entrega; Número de millas
- **Medicamentos recetados:** La recepción generada de la farmacia duplicada (no registra la cinta)-debe incluir número de RX; Fecha llenada, nombre de la medicación, forma, fuerza y cantidad (Nota: todos los cargos por medicamentos recetados serán reembolsados a la persona asegurada solamente)
- **Pruebas de Covid de venta libre: Debe incluir el recibo, la cantidad y el nombre de la prueba para Covid de venta libre aprobada por la FDA.**

Enviar completado Miembro Reclamación de reembolso Formularios para:

Breckpoint Claims Department
5130 S Fort Apache # 215-365,
Las Vegas, NV 89148
Correo electrónico: claims@breckpoint.com
ID de pago: BRKPNT