

SECCIÓN B: Explicación del tratamiento (opcional)

Describa los servicios que recibió. Explique por qué el tratamiento no se llevó a cabo en Kaiser Permanente.

¿El paciente fue hospitalizado?		Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de ingreso al hospital (mm/dd/aaaa)		Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de alta hospitalaria (mm/dd/aaaa)
Sí	No	/ /	/ /	/ /
Además del monto que ya pagó, ¿el proveedor espera algún pago adicional?				
Sí	No	No sé		

SECCIÓN C: Información necesaria para el reembolso

Para evitar demoras en el procesamiento, DEBE brindar la siguiente información:

- 1. Comprobante de pago:** necesitamos los comprobantes de pago al proveedor. Envíenos su recibo, estado de cuenta bancario, copias de los cheques originales (del frente y del reverso) o cualquier otro documento que muestre cuánto pagó al proveedor; Y
- 2. Factura del proveedor:** Envíenos una copia de la factura que pagó. Incluya todas las páginas y cualquier estado de cuenta detallado. Si no tiene una copia de la factura, brinde la siguiente información:

Nombre del paciente y número de historia clínica	
Fechas en las que se prestó el servicio	
Nombre del proveedor (médico, hospital, servicios de ambulancia, farmacia, laboratorio, etc.)	
Dirección del lugar donde se proporcionó el servicio (dirección del hospital, dirección del médico, etc.)	
Servicios que le brindaron (radiografías, consulta, inyección, etc.) Si se le recetó algún medicamento, nombre del medicamento	
Monto facturado	

Nota: Todos los documentos y la información que envíe deben ser legibles o, de lo contrario, se devolverá el formulario.

SECCIÓN D: Documentos requeridos para el reembolso de un crucero o viaje al extranjero

¿El servicio se brindó durante un crucero o un viaje al extranjero? Sí No.

Si la respuesta es "NO", omite esta pregunta. Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Comprobantes del viaje: Documentos de prueba de viaje, como una copia de los boletos de avión o un itinerario del viaje (opcional)

Copias de facturas detalladas y originales o de los servicios (médico, hospital y recetas médicas)

Cualquier historia clínica relacionada, incluidas las copias de informes médicos, notas de hospitalización, notas de la sala de emergencias, etc.

Comprobante de pago de los servicios recibidos, incluidas recetas médicas (recibo o estado de cuenta bancario, copias del frente y del reverso de cheques o cualquier otro documento que muestre cuánto pagó al proveedor)

Nota: Todos los documentos y la información que envíe deben ser legibles o, de lo contrario, se devolverá el formulario.

Firma del paciente

Certifico que la información de este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de toda la información relacionada con los servicios de atención médica que recibí en las fechas indicadas en este formulario. Entiendo que esta información es necesaria para que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. pueda procesar mi reclamo para el pago.

Nombre del paciente/del que autoriza
(nombre del padre si el paciente es menor de edad o un dependiente legal)

Firma del paciente/del que autoriza
(firma del padre si el paciente es menor de edad o un dependiente legal)

Fecha de la firma

Mejor forma de contacto/número de teléfono

Direcciones postales para solicitudes de reembolso y números de teléfono de Servicio a los Miembros

COLORADO

Dirección para reclamos
P.O. Box 373150
Denver, CO 80237-9998
Servicio a los Miembros
1-303-338-3800

Maryland (MD), Distrito de Columbia (DC) o Virginia (VA)

Dirección para reclamos
P.O. Box 371860 Denver,
CO 80237-9998
Servicio a los Miembros
1-800-777-7902

OREGÓN

Dirección para reclamos
P.O. Box 370050 Denver,
CO 80237-9998
Servicio a los Miembros
1-800-813-2000

GEORGIA

Dirección para reclamos
P.O. Box 370010
Denver, CO 80237-9998
Servicio a los Miembros
1-888-865-5813

HAWÁI

Dirección para reclamos
P.O. Box 378021
Denver, CO 80237-9998
Servicio a los Miembros
1-800-966-5955

WASHINGTON

KPWA Claims Administration
P.O. Box 30766
Salt Lake City, UT 84130-0766
Servicio a los Miembros
1-800-901-4636

SUR DE CALIFORNIA

Dirección para reclamos
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004
Servicio a los Miembros
1-800-464-4000

NORTE DE CALIFORNIA

Dirección para reclamos
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923
Servicio a los Miembros
1-800-464-4000

MIEMBROS AUTOFINANCIADOS

KPIC Self-Funded Claims Administration
P.O. Box 30547
Salt Lake City, UT 84130-0547
Servicio a los Miembros
1-800-533-1833

INFORMACIÓN SOBRE LAS PRUEBAS CASERAS DE ANTÍGENO DE COVID-19

Complete esta parte del formulario únicamente que quiere solicitar un reembolso por una prueba casera de antígeno de COVID-19. Si quiere solicitar un reembolso por otro motivo, omita esta sección.

- ¿Esta solicitud de reembolso es por una prueba casera de antígeno de COVID-19? **Sí** **No**
- Las pruebas que se hayan pedido por internet ya deben haberse enviado (no deben estar pendientes ni en procesamiento). No solicite reembolsos hasta que haya recibido las pruebas. ¿Recibió la prueba? **Sí** **No**
- ¿Compró la prueba antes del 1/15/2022? **Sí** **No**
 - **Sí:** Si compró la prueba antes del 1/15/2022, ¿la solicitó un médico o fue supervisada? **Médico** **Supervisada**
 - **No:** Si compró la prueba después del 1/15/2022, ¿la solicitó un médico o fue supervisada? **Médico** **Supervisada**
- ¿La prueba estaba autorizada para uso de emergencia o contaba con aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos? **Sí** **No**
- ¿Su empleador le solicitó que se haga la prueba? **Sí** **No**
- Una caja o un kit puede contener más de una prueba. Por ejemplo, una caja puede contener dos pruebas. En total, ¿cuántas pruebas compró? _____
- ¿Ya se hizo la prueba? **Sí** **No**
 - Si la respuesta es "Sí", ¿dónde se conocieron los resultados? **En mi casa** **En el laboratorio**
 - ¿Quién se hizo la prueba? (Incluya el nombre, número de historia clínica y cantidad de pruebas que se hicieron)

Incluya los siguientes documentos con su solicitud:

- Recibo de compra detallado con nombre de la prueba, fecha de la compra, precio y cantidad de pruebas.
- Foto del código QR o código de barras universal de producto de la caja de la prueba.
- Si la fecha de la prueba casera de antígeno de COVID-19 es anterior al 15 de enero, incluya evidencia de la receta médica o de la participación del proveedor.

Firma del paciente

Confirmando que la prueba de antígeno del COVID-19 que compré fue para uso personal; no es para un uso relacionado con el empleo, a menos que lo exija la ley estatal vigente; no se ha reembolsado ni se reembolsará por otro medio; y no se usará para reventa.

Nombre del paciente/del que autoriza (nombre del padre si el paciente es menor de edad o un dependiente legal)

Firma del paciente/del que autoriza
(firma del padre si el paciente es menor de edad o un dependiente legal)

Fecha de la firma

Mejor forma de contacto/número de teléfono