

SOLICITUD DE REEMBOLSO

1. Número de Contrato o MPI: _____
2. Número de Grupo: _____
3. Nombre del Paciente: _____ suscriptor __ esposo(a) __ dependiente __
4. Dirección Postal: Si desea notificar cambio de dirección de la que aparece en nuestros récords favor de indicarla a continuación:

5. Teléfono Residencial: _____ - _____ - _____
6. Teléfono del Trabajo: _____ - _____ - _____ Ext. _____
7. Nombre del proveedor que prestó el servicio: _____
(Si es un grupo, favor de indicar nombre del proveedor individual que brindó el servicio)
8. Especialidad del Proveedor: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____
9. Fecha del servicio: (Mes) ____ (Día) ____ (Año) ____
10. Condición o diagnóstico: _____ Código de CPT: _____
11. ¿Tiene otro plan médico? __ No __ Sí - Compañía: _____ Núm. de Póliza/Contrato: _____
12. ¿Este servicio, está relacionado a un accidente? __ No __ Sí - Favor contestar las preguntas:
¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____
¿Cómo? _____
- | 13. Servicios Prestados | Cargos | Servicios Prestados | Cargos |
|--|--------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Visita Médica y/o Consulta | _____ | <input type="checkbox"/> Laboratorio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiología | _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anestesia | _____ | <input type="checkbox"/> Medicamentos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos | _____ | <input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero | _____ |
| <input type="checkbox"/> Paciente Hospitalizado | _____ | <input type="checkbox"/> Salud Mental | _____ |
| <input type="checkbox"/> Paciente Sala de Emergencia | _____ | <input type="checkbox"/> Otros | _____ |
14. ¿Antes de obtener el servicio se comunicó con HUMANA? __ No __ Sí - ¿Con quién? _____
15. Favor de explicar porqué tuvo que pagar por los servicios:

16. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ OFRECIDA ES CORRECTA.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

INSTRUCCIONES PARA LLENAR SOLICITUD DE REEMBOLSO

Para toda solicitud de reembolso tiene que utilizar este formulario.

Debe de asegurarse que la información indicada sea la correcta. Ej. Número de contrato, fecha de servicio, etc.

A continuación los requisitos para recibir reembolso:

1. Recibo de pago en **original**.
2. Nombre y teléfono del proveedor.
3. Cumplimentar formulario en su totalidad.
4. Debe pedir al médico que codifique el procedimiento y diagnóstico usando los códigos correspondientes (ICD-9, CPT-4) e incluir su descripción.
5. Orden médica en los servicios que así lo ameriten (compra o alquiler de equipo médico duradero, pruebas diagnósticas, etc.) Los reembolsos por compra o alquiler de equipo médico duradero requieren previa autorización de Humana.
6. Copia del referido del PCP, cuando aplique.
7. Explicación de Beneficios del plan primario en los casos de Coordinación de Beneficios.
8. Copia de la receta para los medicamentos cubiertos por la parte médica.

Si tiene otro plan médico y su solicitud de reembolso es por deducibles o co-pagos emitidos por usted, tiene que someter copia de lo pagado por el otro plan médico.

Favor de conservar copia de todos los documentos enviados.

LEY ANTIFRAUDE:

De acuerdo al Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2725, según enmendado el 9 de agosto de 2008, cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una forma de reembolso o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas.

De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa conforme lo dispone el Artículo 27.260 del Código de Seguros de Puerto Rico. La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante no cumpla con las disposiciones de este Capítulo.

Debe de ser sometido en o antes de un (1) año luego de haber recibido los servicios a la siguiente dirección:

HUMANA
DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES
P O BOX 192059
SAN JUAN PR 00919-2059

Para aclarar dudas o cualquier información adicional, favor de llamar al Departamento de Servicios al Cliente a nuestros teléfonos:

(787) 282-7900
o a nuestra línea libre de cargos
1-800-314-3121