

# Clover Health

## Formulario de reembolso médico directo para miembros (DMR)

Información del miembro:		
Nombre completo del miembro:		
N.º de identificación de miembro:	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:		
Fechas de servicio:	Fecha de la enfermedad/lesión:	
Códigos de procedimiento:	Códigos 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:		

<b>Otro seguro: (si corresponde)</b>		
<b>Nombre del otro seguro de salud:</b>	<b>Número de póliza:</b>	
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>

**Incluya la siguiente documentación:**

- Formulario de presentación de reclamaciones del miembro completo.
- Una factura detallada que incluya lo siguiente:
  - Nombre y dirección del proveedor
  - Códigos de procedimiento
  - Código de diagnóstico
  - Fechas de servicio
  - Monto cobrado por cada servicio

Con mi firma a continuación, 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 divulgada 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 la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) y de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-888-778-1478 (TTY 711).