

1. Nombre del miembro: (Apellido) (Primer nombre) (2.º nombre)	2. N.º de ID del miembro:	3. N.º de ID del grupo:
4. Dirección del miembro:	5. Número de teléfono:	6. Fecha de nacimiento:

*La siguiente información se debe obtener de su proveedor o estar incluida en la declaración o factura detallada de su proveedor. Si la declaración detallada incluye la información que se solicita en los campos 7 a 8, no es necesario que complete esas secciones en el formulario. No envíe los documentos originales porque no se le devolverán.*

7. Fechas de los servicios	Lugar de los servicios (consultorio, sala de emergencia, atención de urgencia, hospital, clínica, farmacia, ambulancia, hogar)	Códigos de diagnóstico (ICD-10)	Códigos de procedimiento	Monto cobrado	Monto pagado

Por solicitudes relacionadas con la visión, marque una opción:  Seguimiento de cataratas  Rutina

8. Nombre del proveedor: _____  N.º de ID fiscal del proveedor: _____  Dirección de facturación del proveedor: _____ _____  NPI del proveedor ( <i>no obligatorio</i> ): _____	9. Otra información del seguro: ¿El miembro está cubierto por otro plan?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre de la otra compañía de seguros: _____  Si el otro seguro efectuó el pago, incluya la Explicación de beneficios	10. La afección estaba relacionada con:  A. ¿Empleo del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  B. ¿Accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  C. Fecha del incidente: _____
---	---	---

11. Para las solicitudes de pelucas, ¿la peluca se compró debido a la pérdida de cabello como resultado de quimioterapia?  Sí  No

12. Reclamos extranjeros  
*Para servicios fuera del país, explique dónde se prestaron los servicios (consultorio, sala de emergencia, atención de urgencia, hospital, clínica, farmacia) y explique el tipo de lesión o enfermedad:*

13. Firma (obligatoria):  
*Certifico que la información anterior es verdadera y exacta, los servicios fueron recibidos y pagados por el monto solicitado, según lo indicado previamente.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proporcione una copia de su recibo, la factura del proveedor o una declaración que indique el monto pagado al proveedor y el método de pago, y luego envíe este formulario completado junto con su copia de pago a:

**Attn: Claims Processing, Providence Medicare Advantage Plans, PO Box 3125, Portland, OR 97208-3125**

Providence Medicare Advantage Plans debe recibir los reclamos en un plazo de 365 días desde la fecha del servicio. Los reclamos que no se reciben en ese plazo no son elegibles para el pago de beneficios. La presentación de este formulario no garantiza el reembolso. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-603-2340 o al 503-574-8000, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.