



P.O. Box 30192 Salt Lake City, UT 84130-0192 800-538-5038 selecthealth.org

## Formulario de reembolso de reclamos

### A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR Y MIEMBRO

No. de identificación del suscriptor (se encuentra en su tarjeta de identificación de SelectHealth) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AA)

No. de teléfono del paciente \_\_\_\_\_

Relación con el suscriptor:  Suscriptor  Cónyuge  Dependiente

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### B. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

¿Tiene el paciente otro seguro médico además de SelectHealth?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente:

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ ¿Es este el seguro principal del paciente?  Sí  No

No. de identificación de otra póliza de compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AA)

Relación del titular de la póliza con el paciente \_\_\_\_\_

### C. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS

Proveedor o institución \_\_\_\_\_ Identificación de impuestos del proveedor o centro \_\_\_\_\_

Identificación del proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del proveedor \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de servicio \_\_\_\_\_ Monto facturado \$ \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AA)

Descripción de los servicios \_\_\_\_\_

Código de procedimiento \_\_\_\_\_ Código de diagnóstico (médica sólo) \_\_\_\_\_

Número del Diente y la Letra Superficie (Sólo Dental) \_\_\_\_\_

### D. RECIBO

Por favor adjunte una copia de su recibo.

## Instrucciones del formulario de reembolso de reclamos

Para asegurar que sus beneficios son administrados correctamente y sin demora, por favor llene toda la información en este formulario. Adjunte una copia de su recibo con este formulario. Si va a presentar varios recibos, necesitará un formulario de reembolso para cada recibo. Envíe sus reclamos a la dirección que se encuentra a continuación:

**SelectHealth**  
**P.O. Box 30192**  
**Salt Lake City, Utah 84130-0192**

Los reclamos presentados sin los números de identificación apropiados pueden retrasarse o ser devueltos para obtener mayor información. Si tiene preguntas, sírvase a llamar a Servicios al Miembro al **800-538-5038**, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y sábados de 9:00 a.m. a 2:00 p.m. Los usuarios de TTY llaman al 711.

SelectHealth respeta las leyes federales de derechos civiles. No le brindaremos un trato diferente por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, o estado de veterano.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電**

SelectHealth Advantage: 855-442-9900 (TTY: 711) / SelectHealth: 800-538-5038