



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)

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

Adhiera un recibo con cinta adhesiva en este espacio. *Por favor de no use grapas.*

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 a 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.

Fair Treatment Notice

SelectHealth complies with Federal civil rights laws. We do not discriminate or treat you differently because of your race, color, national origin, age, disability, or sex.

We provide free:

- > Aid to those with disabilities to help them communicate with us, such as sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, electronic formats, other).
- > Language help for those whose first language is not English, such as Interpreters and member materials written in other languages.

For help, call SelectHealth Member Services at **1-800-538-5038** or SelectHealth Advantage Member Services at **1-855-442-9900** (TTY Users: 711).

If you feel you've been treated unfairly, call SelectHealth 504/Civil Rights Coordinator at **1-844-208-9012** (TTY Users: 711) or the Compliance Hotline at **1-800-442-4845** (TTY Users: 711). You may also call the Office for Civil Rights at **1-800-368-1019** (TTY Users: **1-800-537-7697**).

Language Access Services

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

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。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số SelectHealth.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. SelectHealth. 번으로 전화해 주십시오.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dę'ę', t'áá jiik'eh, éi ná hółq', kojí' hódíílnih SelectHealth.

ध्यान दनुहोस्: तपार्इंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपार्इंको नमितिभाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । SelectHealth मा फोन गर्नुहोस्।

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke lea fakatonga, ko e kau fakatonu lea te nau tokoni atu ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. Telefoni ki he SelectHealth.

ОБАВЕШТЕЊЕ: Ако говорите српски језик, услуге језичке помоћи доступне су вам бесплатно. Позовите SelectHealth.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa SelectHealth.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: SelectHealth.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните SelectHealth.

تدع اسمك لتامدخ نإف، ةيبرعلا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم
تكرشب ل لصتا. ن اجم اب كل رفاوتت ةي وغلل
SelectHealth.

សមគាល់: បីសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ
ស្នើរវាជំនួយជូនកែភាសា ជាយមិនគិតថ្លៃ
គឺអាចមានសរាប់ អ្នក ។ សូមទូរស័ព្ទមក
SelectHealth ។

ATTENTION : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez SelectHealth.

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。SelectHealth. まで、お電話にてご連絡ください。

SelectHealth: 1-800-538-5038
SelectHealth Advantage: 1-855-442-9900

