Solicitud de Reembolso de Reclamos

Instrucciones para Completar este Formulario y Presentar su Reclamo

MVP Health Care® se dedica al pago puntual y preciso de los reclamos a los participantes de nuestro plan. Seguir estas instrucciones y completar el formulario de reclamo en su totalidad nos ayudará a procesar su reclamo de manera oportuna. Los reclamos que se presenten sin la documentación completa no podrán procesarse y se le devolverán.

¿Quién debe completar este formulario?

Afiliados de MVP que han pagado de su bolsillo gastos médicos o dentales que superaron su copago o coseguro.

Presente la documentación requerida.

Envíe una solicitud de reembolso por separado para cada factura. Incluya recibos detallados que muestren su comprobante de pago y las facturas originales de los proveedores. Guarde copias para sus registros. Los recibos de caja registradora, cheques cancelados, giros postales, cupones de tarjetas de crédito o listas personales de servicios o facturas que indiquen solo el "saldo anterior" no son aceptables como sustitutos de las facturas originales.

Para garantizar el procesamiento rápido de su reclamo, las facturas enviadas deben incluir lo siguiente (comuníquese con su proveedor para obtener información adicional):

- El nombre y la dirección del proveedor (en papel con membrete) del servicio o suministro (p. ej., médico u hospital), incluidos el Número de Identificación Impositiva y el Número de Registro Nacional del Proveedor (National Provider Identifier, NPI)
- El nombre completo del paciente y el número de identificación del plan de salud
- Los códigos del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Salud (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS) o de Terminología Actual de Procedimiento (Current Procedural Terminology, CPT) para el tipo de servicio proporcionado (p. ej., visita al consultorio, radiografía de tórax)
- Lugar de servicio (p. ej., hospital para pacientes internados o ambulatorios, consultorio)
- Fecha y cargo por cada servicio o suministro proporcionado
- Código de Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (International Classification of Diseases, Clinical Modification, ICD-CM) para la afección médica por la cual el paciente fue tratado (p. ej., examen de rutina, tos, hipertensión)

Si otra compañía de seguros ha hecho un pago por este servicio, se debe presentar una explicación de los beneficios de esa compañía junto con el reclamo.

Cómo presentar su reclamo completo.

Presente su reclamo completo y toda la documentación a MVP, de la siguiente manera:

- **Por correo postal** a CLAIMS SUBMISSION, MVP HEALTH CARE, PO BOX 2207, SCHENECTADY NY 12301-2207
- **Por correo electrónico** a **submitclaims@mvphealthcare.com**
- **Por fax** al **518-395-1395**
- **En línea** en **mvphealthcare.com**. *Inicie sesión* en su cuenta en línea y seleccione *Medical Claim Reimbursement* (Reembolso de Reclamo Médico). Solo los reclamos médicos se pueden presentar en línea. Los afiliados de MVP deben tener al menos 18 años de edad para presentar un reclamo en línea.

Si usted no es afiliado de un plan de Medicare, asegúrese de presentar ***ambas*** páginas del formulario de reclamo.

¿Tiene preguntas? ¡Estamos listos para ayudarle!
Llame al número de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP que figura al dorso de su tarjeta de ID de afiliado de MVP.

Solicitud de Reembolso de Reclamos

Sección 1: Información del Paciente y del Suscriptor *(en letra de imprenta)*

Nombre del **Paciente** *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*	Fecha de Nacimiento del **Paciente**	N.° de ID del Afiliado de MVP

Nombre del **Suscriptor de MVP** *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*	N.º de teléfono ( )

Dirección del **Suscriptor de MVP**	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del **grupo**	N.º de **Grupo** *(si corresponde)*

Sección 2: Información del Proveedor y de Facturación *(comuníquese con su proveedor para obtener la siguiente información)*

Nombre del **Proveedor**	N.º de teléfono ( )	Fecha del Servicio

Dirección del **Proveedor**	Ciudad	Estado	Código postal

N.° de Identificación Impositiva	N.° de NPI

Tipo de Servicio Realizado ☐ **Médico** ☐ **Dental** Reembolso Total Solicitado ▶ $

¿Tiene cobertura en virtud de otro plan de seguro que proporciona cobertura para el tipo de servicio que se presenta? ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso ***afirmativo***, proporcione la siguiente información sobre ese seguro:

Nombre de la **Compañía de Seguros**	Nombre del **Titular de la Póliza**

Número de Póliza o ID	N.° de Teléfono de la otra Compañía de Seguros ( )	Fechas de Entrada en Vigor de la otra Póliza/Compañía de Seguros

Dirección de la **Compañía de Seguros**	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 3: Certificación y Autorización para la Divulgación de Información

Al firmar a continuación, certifico que las declaraciones anteriores son correctas. Comprendo que cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material factual de esta, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito, y estará sujeto a una multa civil que no exceda los $5,000 y el valor estatal del reclamo para cada infracción.

Firma del Suscriptor *Fecha*

Solo Afiliados que no tienen Medicare: Lea y firme la **Asignación** y **Divulgación** de la página 2.

Solo Afiliados que no tienen Medicare: Lea y firme la **Asignación** y **Divulgación** que aparece a continuación.

Asignación. Por la presente autorizo el pago al hospital, médico u odontólogo aquí nombrado. Comprendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.

Firma del Suscriptor *Fecha*

Autorización para Divulgar Información. Por la presente autorizo a MVP a divulgar u obtener cualquier información que pueda ser necesaria para administrar este Plan de Grupo. Una fotocopia de esta autorización tendrá validez.

Firma del Suscriptor *Fecha*

---

*Firma del Paciente** *Fecha*

**Los padres deben firmar por un niño menor de edad.*

Los planes de beneficios de salud son emitidos o administrados por MVP Health Plan, Inc.; MVP Health Insurance Company; MVP Select Care, Inc.; y MVP Health Services Corp., subsidiarias operativas de MVP Health Care, Inc. No todos los planes están disponibles en todos los estados y condados.