

## Cómo completar el Formulario de Reembolso para un Miembro Directo (Direct Member Reimbursement, DMR)

### Cuándo utilizar este formulario:

- Llene este formulario si solicita un reembolso médico, dental, de la visión, de audífonos o de vacunas y si le pagó a un médico, profesional de atención médica o proveedor de servicios que no nos facturó directamente.
- **No utilice este formulario para obtener reembolsos por reclamaciones de medicamentos con receta.** Visite [cloverhealth.com](http://cloverhealth.com) o llame al número de servicio al cliente de CVS que aparece en su tarjeta de identificación de miembro para obtener un formulario de reclamaciones de medicamentos con receta.

### Cómo llenar este formulario:

1. Complete cada sección. Escriba de forma clara con tinta negra solamente. Si necesita otro formulario, puede descargar el PDF en [cloverhealth.com/dmr-sp](http://cloverhealth.com/dmr-sp) e imprimirlo.
2. Envíe los recibos detallados con este formulario.
3. Firme y coloque la fecha en la parte inferior del formulario completado. Los representantes designados deben tener un formulario de Designación de Representante en el archivo, o puede enviar uno con este formulario. Puede encontrar un formulario de Designación de Representante en [cloverhealth.com/aor](http://cloverhealth.com/aor).

### Dónde enviar este formulario:

Tipo de Reembolso:	 Servicios Médicos	 Servicios Odontológicos	 Servicios de la Visión
 Fax:	1-888-240-7243	1-262-834-3589	1-888-696-9552
 Correo Postal	Clover Health P.O. Box 21164 Eagan, MN 55121	Reclamaciones y Reembolsos de DentaQuest P.O. Box 2906 Milwaukee, WI 53201	Reclamaciones y Reembolsos de EyeQuest P.O. Box 433 Milwaukee, WI 53201

### Cosas que debe recordar:

1. Asegúrese de enviar su formulario a la ubicación correspondiente al tipo de servicio que recibió (médico, dental o de la visión).
2. Envíe el formulario en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio o el artículo.
3. Si el formulario está incompleto, puede haber retrasos en la tramitación mientras encontramos la información necesaria.
4. Si aprobamos su solicitud, podemos tardar hasta 45 días en enviar el pago una vez que tengamos toda la información requerida.

### Reconocimiento

Comprendo que es un delito llenar este formulario con información que sé que es falsa. Comprendo que la presentación de una reclamación no es una garantía de pago ni un pago por el monto total. Comprendo que si los servicios se consideran servicios cubiertos, el plan de salud me reembolsará hasta el monto del beneficio menos los deducibles, coseguros o copagos aplicables. Comprendo que Clover Health puede necesitar divulgar la información en el formulario a otras personas y entidades para procesar la reclamación.

**Información del miembro (escriba en letra de imprenta clara):**

Nombre Completo del Miembro:

N.º de Identificación de Miembro  
de Clover Health:

C P \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento  
(MM/DD/AAAA):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Teléfono:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Dirección de Correo Electrónico (opcional):

**Información del médico, profesional de atención médica o proveedor:**

Nombre del Proveedor:

¿El proveedor acepta Medicare?

 Sí  No

Número de Teléfono:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

**Solicitud de reclamación (la información debe coincidir con la factura detallada):**

Fecha del Servicio o Procedimiento (MM/DD/AAAA):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Monto Pagado:

\_\_\_\_, \_\_\_\_.

Descripción de los Procedimientos, Servicios o Artículos:

**Firma**

Al firmar y enviar este formulario, declaro que la información es verdadera y correcta.

Firma del Miembro o Representante Autorizado:

Fecha:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**¿Tiene alguna pregunta?** Estamos aquí para ayudarle. Llámenos al **1-888-778-1478 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, hora local, los 7 días de la semana.** Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) cada uno con su propio contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.