

Formulario de solicitud de reembolso PREMIUM

Cargue el FORMULARIO COMPLETO y la documentación de apoyo a través de los portales o envíe un fax al 800-282-7692

Información del paciente

Nombre del paciente (Primer nombre, Inicial, Apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Número de identificación (ID) de HealthWell _____

Información sobre las primas del seguro

HealthWell puede ayudarle con sus primas de seguro médico, complementario, de prescripción, dental y de visión según lo solicitado por usted en este formulario

Notas importantes:

- HealthWell sólo pagará o reembolsará los períodos de cobertura del seguro médico que se encuentren dentro del período de inscripción a la subvención.
- **Si solicita pagar directamente a su aseguradora, confirme que ésta acepta cheques de terceros.**
- **Si solicita tanto el reembolso a usted (paciente) como el pago directo a su aseguradora, deberá presentar formularios de solicitud de reembolso de primas por separado para cada uno de ellos.**

Tipo de seguro	Frecuencia de pagos	Comenzando el	Monto de la prima de seguro	Información de referencia que se imprimirá en el cheque (por ejemplo, la identificación (ID) del miembro del seguro del paciente)
<input type="checkbox"/> MÉDICO	Mensual o trimestralmente (marque una opción)	_____(mes)/_____(año)	\$	Ref. #
Haga el cheque a nombre de (Nombre del paciente -O- Nombre del centro/organización): _____ Dirección para el pago: _____				
<input type="checkbox"/> SUPLEMENTAL	Mensual o trimestralmente (marque una opción)	_____(mes)/_____(año)	\$	Ref. #
Haga el cheque a nombre de (Nombre del paciente -O- Nombre del centro/organización): _____ Dirección para el pago: _____ (Nota: escriba "igual" si es el mismo beneficiario y la misma dirección que arriba)				
<input type="checkbox"/> RECETA MÉDICA	Mensual o trimestralmente (marque una opción)	_____(mes)/_____(año)	\$	Ref. #
Haga el cheque a nombre de (Nombre del paciente -O- Nombre del centro/organización): _____ Dirección para el pago: _____ (Nota: escriba "igual" si es el mismo beneficiario y la misma dirección que arriba)				
<input type="checkbox"/> DENTAL	Mensual o trimestralmente (marque una opción)	_____(mes)/_____(año)	\$	Ref. #
Haga el cheque a nombre de (Nombre del paciente -O- Nombre del centro/organización): _____ Dirección para el pago: _____ (Nota: escriba "igual" si es el mismo beneficiario y la misma dirección que arriba)				
<input type="checkbox"/> VISIÓN	Mensual o trimestralmente (marque una opción)	_____(mes)/_____(año)	\$	Ref. #
Haga el cheque a nombre de (Nombre del paciente -O- Nombre del centro/organización): _____ Dirección para el pago: _____ (Nota: escriba "igual" si es el mismo beneficiario y la misma dirección que arriba)				

Quiero presentar

1. Si desea que HealthWell realice el pago directo a la aseguradora (modo preferido), envíe:

- Formulario completo de solicitud de reembolso de primas de seguro Y
- Prueba de la póliza de seguro médico (factura/cupón) que indique el período de cobertura a pagar, la fecha de vencimiento y el importe de la prima de seguro

2. Si desea que HealthWell realice el reembolso al paciente con deducciones automáticas del importe de la prima de seguro, envíe:

- Formulario completo de solicitud de reembolso de primas de seguro Y
- Carta de adjudicación del seguro social, estado de cuenta de la anualidad/pensión, recibo de sueldo -O- factura de la prima que muestre el importe de la transferencia electrónica de fondos (EFT) de débito directo

3. Si desea que HealthWell realice el reembolso al paciente sin deducciones automáticas del importe de la prima de seguro, envíe:

- Formulario completo de solicitud de reembolso de primas de seguro Y
- Prueba de la póliza de seguro médico (factura/cupón) que indique el período de cobertura, la fecha de vencimiento y el importe de la prima de seguro
- Prueba de pago, como un estado de cuenta bancaria/estado de cuenta de la tarjeta de crédito o recibo/confirmación de pago

Nota: En el caso de la opción 3, HealthWell exigirá a los pacientes que presenten un justificante de pago cada vez para obtener el reembolso

Declaración del solicitante autorizado

Verifico que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa. Además, verifico que, a mi leal saber y entender, la información presentada en la solicitud original de asistencia de mi/el paciente a HealthWell no ha cambiado. Entiendo que estoy obligado a notificar a HealthWell si tengo conocimiento de que la información de contacto de mi/el paciente (dirección, teléfono, correo electrónico), la situación financiera, el estado del seguro o la condición médica cambian con respecto a lo informado en la solicitud original. No he recibido ningún otro reembolso por los gastos para los que solicito el reembolso de HealthWell, ni recibiré dicho reembolso de ninguna fuente (incluyendo, pero sin limitarse a, Medicaid, programas estatales de asistencia para medicamentos, programas de asistencia para copagos u otras fundaciones), o una cuenta de gastos flexibles de atención médica. **Entiendo que yo/el paciente debe utilizar la subvención HealthWell regularmente para mantenerla activa.** Además, entiendo que HealthWell se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar o interrumpir alguno o todos los programas con respecto a cualquier solicitante o en su totalidad, de modificar los criterios de elegibilidad relacionados o de finalizar la asistencia.

Firma del solicitante autorizado (OBLIGATORIA)

X _____

Fecha (Si no tiene fecha, HealthWell considerará la fecha de envío como el día de procesamiento)

X _____