

FORMULARIO DE RECLAMO DE REEMBOLSO DE EXTRACTOR DE LECHE

¿Qué es este formulario?

Los miembros de Alliant Health Plans pueden usar el Formulario de Reclamo de Extractor de Leche para presentar un reclamo por cualquier extractor de leche recibido de Proveedores Fuera De la Red. Los Proveedores Dentro de la Red están obligados a presentar reclamos en nombre de los Miembros.

¿Usted sabía?

Alliant tiene una red de Proveedores de Equipos Médicos Duraderos (DME). Usted recibe beneficios más completos sin costo compartido para Extractores de Leche.

¿Cuál es el costo si yo utilizo un Proveedor/tienda (minorista/en línea) Fuera de la Red?

Si usted utiliza un proveedor o tienda fuera de la Red (minorista/en línea), lo máximo que Alliant le reembolsará es hasta un máximo de \$300.00 a partir del 01/01/2025. Cualquier costo más allá de eso sería responsabilidad del Miembro.

¿Qué más puedo presentar para reembolso?

Alliant le reembolsará los suministros para su extractor de leche, que incluyen:

- Tubo para el extractor de leche
- Adaptador
- Tapa
- Embudo y protector contra salpicaduras
- Biberón de policarbonato
- Anillo de bloqueo
- Bolsa desechable de recolección y almacenamiento de leche materna

Cosas para recordar:

Complete este formulario con precisión. Asegúrese de que la información sea clara e incluya lo siguiente:

- ID de Miembro
- Se debe presentar una copia de los recibos o facturas detalladas del extractor de leche y los suministros de acompañamiento que muestren lo siguiente:
 - Nombre del proveedor/tienda (minorista/en línea)
 - Nombre del extractor de leche comprado
 - Fecha de compra
 - Monto pagado

Asegúrese de guardar una copia del Formulario de Reclamo de Extractor de Leche y los recibos para sus registros.

Envíe el reclamo lo antes posible. **Usted tiene 180 días a partir de la fecha de servicio** para presentar un formulario de reclamo debidamente completado con toda la documentación necesaria.

Envíe su reclamo a uno de los siguientes:

CORREO Alliant Health Plans
PO Box 2667
Dalton, GA 30722

CORREO ELECTRÓNICO ClientServices@AlliantPlans.com
FAX (866) 634-8917

FORMULARIO DE RECLAMO DE REEMBOLSO DE EXTRACTOR DE LECHE

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Nombre del Suscriptor: _____
ID de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____
Dirección del Suscriptor: _____
Número de Teléfono del Suscriptor: _____
Correo Electrónico del Suscriptor: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (SI ES DIFERENTE DEL SUSCRIPTOR)

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Número de Teléfono del Paciente: _____
Dirección del Paciente: _____

OTRA INFORMACIÓN DEL SEGURO (SI NO CORRESPONDE, MARQUE "NO" Y SALTE LA SECCIÓN)

¿La paciente está cubierta por otro plan de seguro? Sí No
Nombre de Otra Compañía de Seguros: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ ID de Miembro: _____

PROVEEDOR O TIENDA FUERA DE LA RED (EN LÍNEA/MINORISTA) - INCLUYA EL RECIBO DETALLADO

Tienda (minorista/en línea) Donde Usted Compró: _____ Cantidad: _____
Fecha de Compra: _____ Nombre del Extractor de Leche: _____
Número de Modelo del Extractor de Leche: _____
Precio Total de Compra del Extractor de Leche: _____

Recuerde de incluir todos los recibos del reembolso del extractor de leche y suministros.

COMPLETE SOLO SI COMPRÓ DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor: _____
Dirección del Proveedor: _____
Número de Teléfono del Proveedor: _____ Identificación Fiscal del Proveedor: _____
NPI del Proveedor (consulte a su Proveedor): _____
Código HCPCS (consulte a su Proveedor) _____

Al firmar a continuación, declaro que la información anterior es correcta y completa. Cualquier tergiversación, información falsa o engañosa resultará en la denegación del reclamo y puede resultar en una investigación criminal. Como individuo con capacidad para dar consentimiento, mi nombre completo escrito a continuación constituye mi firma y tiene la intención de ser vinculante.

Firma del Suscriptor: _____ Fecha: _____

IMPORTANTE: Los reclamos no se pueden procesar hasta que este formulario se complete y reciba correctamente. Si usted necesita ayuda, póngase en contacto con Servicios al Cliente al (866) 403-2785.