

Formulario de reclamo de miembro de Quartz Medicare Advantage



Quartz Medicare Advantage (HMO)
840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374
(800) 394-5566 o TTY 711 • Fax (608) 643-2564
QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage

Si usted pagó servicios médicos cubiertos y el proveedor **NO** presentará reclamos a Quartz Medicare Advantage (HMO), complete este formulario. Esto incluye servicios que usted pueda haber recibido en un país extranjero. **Deben completarse todas las secciones de este formulario y debe presentarse la documentación adecuada para que Quartz Medicare Advantage procese el reembolso.**

I. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	---------	-----------------------------

INFORMACIÓN DE QUIEN SUSCRIBE

Número de Id. de miembro:

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	---------	-----------------------------

Dirección (incluya el número de apartamento):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Número de teléfono particular:	Número de teléfono del trabajo:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):
--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

II. DOCUMENTACIÓN

Para que Quartz Medicare Advantage procese su reclamo, usted debe completar este formulario de reembolso y adjuntar TODA la siguiente documentación:

▶ **La factura detallada de servicios del proveedor o la Explicación de beneficios del seguro principal (si corresponde)** del proveedor o de la aseguradora, que indique:

- Fecha del servicio
- Códigos de procedimiento
- Códigos de diagnóstico
- Cantidad facturada
- Cantidad pagada
- Copia de todos los documentos recibidos de proveedores extranjeros (si corresponde)

▶ **Prueba de pago**

Si pagó con:

- **Cheque:** presente una copia de los cheques cancelados, de la parte de delante y de la parte de detrás.
- **Tarjeta de crédito:** presente una copia del recibo original de la tarjeta de crédito, del recibo de Square recibido por correo electrónico o del estado de cuenta de la tarjeta de crédito que muestre los cargos (oculte toda otra información en el estado de cuenta de la tarjeta de crédito).
- **Dinero en efectivo:** presente el recibo con membrete del proveedor que muestre que se pagó con dinero en efectivo, incluyendo la cantidad facturada y la cantidad pagada.

Importante: Si la cantidad en la factura de servicios detallada **no coincide** con la prueba de pago, usted debe explicar por qué antes de que podamos hacerle un reembolso.

FECHA DEL SERVICIO	LUGAR DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CANTIDAD FACTURADA	CANTIDAD PAGADA
	Por ejemplo: Cuidados de urgencia, sala de emergencia, visita en el consultorio, hospitalización, etc.			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- ▶ No presente prescripciones médicas en este formulario.
- ▶ Complete un formulario por separado para cada familiar cubierto.
- ▶ No presente un reclamo si el proveedor está presentando un reclamo por los mismos servicios. (Tenga en cuenta: si el proveedor tiene un contrato con Quartz Medicare Advantage, el reembolso se pagará al proveedor, y el miembro es responsable de obtener el reembolso del proveedor).
- ▶ Los reclamos deben presentarse en un plazo de 12 meses después de la fecha del servicio o serán denegados.
- ▶ Quartz Medicare Advantage procesa reclamos en un plazo de 30 días después de que los recibimos. El cheque por el reembolso se hará a nombre del titular de la póliza del plan médico y se enviará al titular de la póliza del plan médico.

Una vez que complete el formulario y que adjunte la documentación adecuada, puede enviar todo por correo a:

Quartz Medicare Advantage
Attention: Claims Dept.
840 Carolina Street
Sauk City, WI 53583

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Chinese: 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 1-800-394-5566 (TTY : 711)。

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Arabic: ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة من أجلك، يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-394-5566 (TTY : 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-394-5566 (телетайп: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-394-5566 (711)번으로 전화해 주십시오.

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch: Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-394-5566 (TTY: 711).

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-394-5566 (TTY: 711).

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-394-5566 (ATS : 711).

Amharic: ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በ18 ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-394-5566 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-394-5566 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Serbo-Croatian: OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-394-5566 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-394-5566 (TTY: 711).

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Quartz Medicare Advantage (HMO) es el nombre comercial bajo el que operan las entidades Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales individuales. En este aviso, “nosotros” hace referencia a estas compañías. Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

- Nosotros damos ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Nosotros prestamos servicios de idioma gratis a las personas cuyo idioma nativo no sea el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al **(800) 362-3310**.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

Kristie Meier, Compliance Officer; 840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583
Teléfono: (800) 362-3310; TTY: 711 o llame gratis al (800) 877-8973; fax: (608) 644-3500
Correo electrónico: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com

Puede presentar la queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Kristie Meier, responsable de Cumplimiento, puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles de manera electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo o teléfono, en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)

Puede acceder a los formularios de quejas en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

