

Formulario de información sobre reclamos de salud conductual

Envíe los reclamos por correo postal a la siguiente dirección:

Sentara Health Plans
 Attn: Behavioral Claims
 PO Box 8204
 Kinsington, NY 12402-8204

1. Recibir servicios de un proveedor de salud mental (Mental Health, MH) o abuso de sustancias (Substance Abuse, SA) dentro de la red:

Siempre que reciba servicios de proveedores de MH o SA que participen en la red de los Planes, el proveedor presentará reclamos en su nombre.

2. Recibir servicios de un proveedor de MH o SA fuera de la red:

a. Si recibe servicios en relación con MH o SA de un proveedor fuera de la red, usted puede presentar el reclamo o los proveedores no participantes pueden presentar el reclamo en nombre de un miembro.

b. Si pagó por adelantado los servicios y desea recibir un reembolso, lea las instrucciones que figuran a continuación. Tenga en cuenta que el reembolso se efectuará a nombre del titular de la póliza principal.

3. Qué debe incluir en el reclamo:

Ya sea que usted o su proveedor presenten el reclamo, se necesita la siguiente información para procesar rápidamente el reclamo. El pago puede retrasarse si falta alguno de estos datos. Se incluye un formulario para su comodidad.

• Nombre del paciente	• Fecha del servicio
• Número de identificación del miembro	• Domicilio del proveedor donde se prestaron los servicios
• Fecha de nacimiento del paciente	• Código del lugar de servicio
• Domicilio del paciente	• Código de procedimiento
• Número de teléfono del paciente	• Código de Terminología Procesal Actual (Current Procedural Terminology, CPT) o del Sistema de Codificación de Procedimientos Sanitarios Comunes (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS)
• Nombre del titular de la póliza	
• Nombre del proveedor	• Diagnóstico
• Licencia del proveedor (M.D., Ph.D.)	• Cargos del proveedor por el procedimiento
• Número de identificación fiscal del proveedor	• Declaración que demuestre que el paciente ha pagado la totalidad de los servicios y tiene derecho a solicitar un reembolso
• Número de identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del proveedor	
• Número de teléfono del proveedor con el código de área	

Si usted o su proveedor tienen alguna pregunta sobre la presentación de reclamos de MH o SA, no dude en llamarnos al 1-800-648-8420. Esperamos poder ayudarlo en todo lo que podamos.

Envíe los reclamos por correo postal a la siguiente dirección:

Sentara Health Plans
Attn: Behavioral Claims
PO Box 8204
Kinsington, NY 12402-8204

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente	Identificación de miembro	Fecha de nacimiento del paciente	
Domicilio del paciente		Número de teléfono del paciente	
Nombre del titular de la póliza			
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
Nombre del proveedor	Licencia	Número de identificación fiscal del proveedor	Número de NPI del proveedor
Número de teléfono del proveedor		Fecha del servicio	
Domicilio de los servicios prestados			Código del lugar de servicio
Código de procedimiento		Códigos de CPT/HCPCS	
Código de diagnóstico		Cargos del proveedor por este procedimiento	
Declaración que demuestre que el paciente ha pagado la totalidad de los servicios y tiene derecho a solicitar un reembolso:			

Declaración que demuestre que el paciente ha pagado la totalidad de los servicios y tiene derecho a solicitar un reembolso: