

### Cómo acceder a su aplicación móvil iPhone<sup>®</sup>



pantalla de inicio.

5 🖸 🖉

#### ¿Qué necesitará para presentar un reclamo?

- Información del paciente.
- Información del proveedor, incluido el nombre, la dirección en la que se brindaron los servicios y el número de identificación fiscal.
- Una factura detallada que incluya el código de procedimiento o la descripción de los servicios. y el código de diagnóstico.

## **Meritain Health**<sup>®</sup> an **taetna** company

#### Cómo presentar un reclamo en línea

1. Después de iniciar sesión en la cuenta de Meritain Health a través de la aplicación, haga clic en *Submit a Claim (Presentar un reclamo)*, que se encuentra en la parte superior de la página.

Puede presentar reclamos para cualquier miembro cubierto.

ň	Find Care >
Ľ	Plan Docs >
F	Discounts >
Cla	Ins Update Other Insurance Info 1
	View All Claims
	COTOIA FRANKLIN
VE	sited on 01/05/2021
Fo	r DEANY ERIC(Self)
Ar	nount Billed
\$7	5.00
Yo	u May Owe
SC	.00
St	atus
In	Process
V	ew Claim Details >
	1

 Seleccione General Medicine (Medicina general), que se encuentra en el menú desplegable de Claim Type (Tipo de reclamo). Según su reclamo, seleccione Illness, or Other Care (Enfermedad u otros cuidados) o Injury (Lesión). Para completar el reclamo, le pedirán que responda más preguntas.

Submit a Claim	
If this is for a work-related injury, please contact your Workers' Compensation Administrator for proper instructions regarding this claim.	<ul> <li>Indicates required fields</li> </ul>
Patient Information	
The patient is * Choose patient * Choine type Canceral Medicine *	
Other Coverage	
Patient has other insurance coverage * Yes $\otimes$ No $\otimes$	
About this Claim	

- **3.** Luego, se le pedirá que ingrese información sobre su proveedor.
  - Si hace clic en Yes (Sí) para la opción de factura detallada, no tendrá que responder nada más y le pedirán que agregue los documentos solicitados. Puede tomar una fotografía de los documentos y adjuntarla.
  - Si hace clic en No para la opción de factura detallada, tendrá que responder más preguntas, de las cuales las primeras son sobre la hospitalización.
  - Luego, puede firmar electrónicamente y presentar el reclamo.

#### Simple. Transparente. Versátil.

En Meritain Health°, establecemos conexiones inigualables.

Síganos: 🞯 @meritainhealth | 🖸 Meritain Health

About this Claim			
Cause • Please check the box that best fits your sli Injury   Illness or Other Care Describe the injury, when and how it hap	tuation		
Was this injury the result of an accident? Yes ® No © Date and Time of Accident *			
Is auto insurance involved? • Yes $\circledast$ No $\odot$ Name of the Insurance Company *		Policy # *	

- 4. Si el proveedor no tiene una factura detallada, debe completar la *Additional Information Page (Página de información adicional)* para presentar el reclamo.
  - Esta información incluye el código de diagnóstico, el código de procedimiento, la fecha de servicio y los cargos.
- 5. Por último, debe especificar quién recibirá el pago *(usted o el proveedor)*. Si selecciona al proveedor, tendrá que brindar el nombre y el número de identificación fiscal de este para recibir el pago.
  - Si selecciona Pay To Member (Pagar al miembro), tendrá que presentar un comprobante de pago junto con la documentación.

Supporting Information	
Do you have a detailed invoice from the provider with the Procedure and Diagnosis	
codes, Provider Tax ID,etc.? *	
Yes 🖲 No 🔘	
Supporting Documents	
Attach a detailed copy of your provider's bill for accurate and timely reimbursement *	(
NOTE:	
<ul> <li>Do not submit a request for reimbursement for more than one patient at a time.</li> </ul>	
<ul> <li>Bo not submit a request for multiple providers in one claim.</li> <li>Each claim can include up to four attachments (.ndfs or image files), with a maximum</li> </ul>	a of 6 MB per attachment.
Browse     Add more documents	
Payment Instructions:	
Select a payment option below. *	
I authorize payment of benefits to the person who submitted the claim.	
$\ensuremath{}$ is authorize payment of benefits to the doctor or supplier of services listed here.	
EMPLOYEE'S (or adult dependent's) SIGNATURE REQUIRED	
The statements above are true and correct to the best of my knowledge. I authorize any authorize the Benefit Administrator to release or obtain from any organization or person	provider of services to furnish any information requested to the Benefit Administrator. I also n information that may be necessary to determine benefits payable under the Benefit Plan. A photo
static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the origina	I. For any payment that exceeds the amounts payable under the Benefit Plan, I agree to reimburse
the plan in a lump sum payment or by an automatic reduction in the amount of future b	enefits that would otherwise be payable.
anglement e	4/10/2020
	4/10/2020

### ¿Tiene preguntas?

Llámenos al número que figura en el reverso de la tarjeta de identificación.

# Meritain Health<sup>®</sup> an **\*aetna** company

www.meritain.com | © 2023-2024 Meritain Health, Inc.