

UTILICE ESTE **FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DIRECTO PARA PEDIR EL REEMBOLSO DE ATENCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS ELEGIBLES QUE YA HA PAGADO CON TARJETA DE CRÉDITO, EFECTIVO O CHEQUE.**

Este formulario no se puede utilizar para solicitudes de reembolso de atención médica o servicios que no son elegibles. Para garantizar el procesamiento dentro de los plazos, complete toda la información solicitada y adjunte la documentación de respaldo. Las solicitudes incompletas serán devueltas. Complete un formulario por cada solicitud de reembolso.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO, comuníquese con nuestra Línea de Ayuda de Servicios al Miembro al: 1.866.986.0356 • TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita asistencia en persona para completar este formulario, diríjase a una de nuestras oficinas comunitarias. Para averiguar la ubicación de nuestras oficinas, visite nuestro sitio web en www.metroplus.org/metroplus-near-you.

INSTRUCCIONES

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

- ✓ Escriba su número de identificación de miembro, que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.
- ✓ Escriba su número de grupo, que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.
- ✓ Escriba su nombre como figura en su tarjeta de identificación de miembro.
- ✓ Escriba el número al que desea que lo contacten en caso de que necesitemos verificar alguna información.

SECCIÓN 2: DATOS DEL REEMBOLSO:

- ✓ Escriba la fecha del servicio.
- ✓ Seleccione el motivo del reembolso.
- ✓ Escriba todos los datos del proveedor.
- ✓ Escriba el total que pagó de desembolso personal.

SECCIÓN 3: DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO:

No presente ningún documento original, presente solo copias a MetroPlusHealth

- ✓ Asegúrese de que la documentación de respaldo sea clara y legible.
- ✓ Incluya la constancia de pago
 - No envíe comprobantes de tarjeta de crédito, cheques cobrados ni copias de cheques. Esos no son recibos aceptables para reembolso.
 - Si no tiene la constancia de pago, solicite una copia al proveedor.
 - Las solicitudes de reembolso que no incluyan la constancia de pago pueden ser desestimadas.
- ✓ Escriba su identificación de miembro en la parte superior de cada página de los documentos de respaldo.

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN DEL MIEMBRO:

- ✓ Firme y feche el formulario para certificar que la información indicada en él y en los documentos es correcta y completa.

Si actúa en carácter de representante de un beneficiario, complete y adjunte el *formulario*

Designación de un representante, disponible en: <https://www.cms.gov/cms1696-nombramiento-de-un-representante>.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre:	Apellido:	N.º de identificación de miembro:
Dirección:		N.º de identificación de Medicare:
Ciudad, estado, código postal:		N.º de teléfono:

SECCIÓN 2: DATOS DEL REEMBOLSO
Fecha del servicio (MM/DD/AAAA):

- Consulté a un proveedor fuera de la red (explique): _____

- No tenía mi tarjeta de identificación de miembro
- Estoy solicitando un reembolso de transporte
- Reembolso de gimnasio
- Otro (explique): _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor:		
Descripción de la atención médica o el servicio:		
Fecha de la atención médica o el servicio	Monto pagado:	
Dirección	Ciudad, estado:	Código postal:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor:		
Descripción de la atención médica o el servicio:		
Fecha de la atención médica o el servicio	Fecha de la atención médica o el servicio	
Dirección	Dirección	Dirección

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor:

Descripción de la atención médica o el servicio:

Fecha de la atención médica o el servicio

Fecha de la atención médica o el servicio

Dirección

Dirección

Dirección

SECCIÓN 3: DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

Constancia de pago

Recibo de pago de servicios

Recibos detallados o formulario de reclamación por servicios

Copia del cheque o copia del recibo de la orden de pago

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

Usted entiende que, si los servicios se consideran servicios cubiertos, el plan médico le reembolsará hasta el monto del beneficio menos el deducible, el coaseguro o los copagos aplicables. Usted entiende que, para procesar la reclamación, es posible que necesitemos revelar la información del formulario a otras personas o entidades.

Con mi firma, certifico que he pagado el monto en dólares indicado a continuación por los servicios recibidos mientras era miembro de MetroPlusHealth Plan. También confirmo que los documentos adjuntos a este formulario y que proporcionan una constancia de pago son correctos, auténticos y completos. Entiendo que mi solicitud puede ser denegada si no proporciono la documentación requerida para respaldar mi solicitud de reembolso.

Firme aquí ► _____ Fecha: _____

* Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre:	Relación con el afiliado:
Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:	N.º de teléfono:

Marque si es: **Miembro** **Representante del beneficiario**

Si es el representante del beneficiario, adjunte la Designación de representación (Appointment of Representation, AOR), el poder o el formulario del albacea testamentario. El formulario de AOR se puede encontrar en <https://www.cms.gov/cms1696-nombramiento-de-un-representante>

Presente todo el formulario y la documentación de respaldo a:

MetroPlusHealth • Att: Member Services
50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004
Fax: 212.908.5196

MetroPlus Medicare Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986- 0356 (TTY: 711).

H0423_MEM22_2692s_C 03042022 v2