

### ¿CUÁNDO PUEDO SOLICITAR EL REEMBOLSO DE UN ARTÍCULO O SERVICIO MÉDICO?

Si ya pagó por un servicio o artículo cubierto por su plan **MetroPlusHealth**, puede solicitarnos el pago. Solicitar un reembolso es pedirle a MetroPlusHealth una “decisión de cobertura”.

**A continuación presentamos algunos ejemplos de situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso:**

- ✓ No tenía su tarjeta de identificación en el momento del servicio y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o artículos cubiertos.
- ✓ Cuando se lo atendió de emergencia o urgencia y recibió atención médica de parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan.
- ✓ Si se lo inscribe de manera retroactiva en nuestro plan y usted pagó desembolsos por cualquiera de los servicios o artículos cubiertos después de la fecha de inscripción.
- ✓ Si es elegible para el reembolso de gimnasio cada seis (6) meses y solicita un reembolso de las cuotas de membresía del gimnasio.

### ¿CUÁNTO TIEMPO TENGO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE REEMBOLSO DIRECTO?

- ✓ Tiene **365 días** (1 año) a partir de la fecha en que recibió el servicio.

### ¿CÓMO SOLICITO EL REEMBOLSO DE METROPLUS HEALTH?

Puede solicitar un reembolso escribiendo a **MetroPlusHealth** o completando el **Formulario de Reembolso Directo para Miembros (Direct Member Reimbursement, DMR)**.

- ✓ No es obligatorio utilizar el formulario; **sin embargo, nos ayudaría a procesar la información con mayor rapidez.**
- ✓ Puede descargar una copia del formulario ya sea de nuestro sitio web (<https://www.metroplus.org/Plans/Medicare/grievance-appeals>) o puede llamar a **Servicios al Miembro al 1.866.986.0356 (TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.)** ay solicitar que le envíen el formulario por correo.
- ✓ **Envíe por correo y firme su solicitud de reembolso junto con el comprobante de pago a esta dirección:**

**MetroPlus Health Plan  
Attn: Claims Department  
160 Water Street, 3rd Floor  
New York, NY 10038**

## ¿QUÉ DEBO ENVIAR PARA SER REEMBOLSADO Y QUÉ ES “PRUEBA DE PAGO”?

- ✓ Una **factura detallada** del médico que lo trató o el proveedor de servicios que le brindó el servicio.
  - **La factura detallada debe incluir comprobante de su pago al médico o proveedor de servicios** (por ejemplo, número de cheque, recibo de la tarjeta de crédito, número de giro postal o monto pagado en efectivo) **y:**
    1. **La factura detallada debe incluir la(s) fecha(s) de servicio** (cada fecha en que recibió tratamiento);
    2. **Códigos de procedimiento para cada servicio, códigos de diagnóstico, una descripción de cada servicio realizado y la información de contacto del médico o proveedor de servicios** (es decir, credenciales, nombre, dirección, número de teléfono, número de fax, correo electrónico); y
    3. **Número de identificación fiscal del proveedor (NPI o TIN)**
  - **La factura detallada también debe estar firmada y fechada por el médico, el proveedor de servicios o el gerente de la oficina y debe incluir su membrete o logotipo.**
  - **La factura detallada debe incluir un comprobante de pago**, es decir, un recibo de venta con una copia de su cheque o giro postal cancelado (anverso y reverso) o recibo de la tarjeta de crédito que coincida con los montos del servicio facturado en la factura detallada.

## ¿CUÁN PRONTO ME RESPONDERÁ METROPLUSHEALTH?

- ✓ **Debemos proporcionarle una respuesta por escrito dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de toda la información necesaria de su parte.

## ¿DE QUÉ SOY RESPONSABLE?

- ✓ **Usted solo debe pagar su monto de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los costos compartidos pueden incluir deducibles, copagos y/o coaseguro según el servicio o artículo y el plan en el que esté inscrito. Le reembolsaremos nuestra parte del costo del medicamento.**

## ¿QUÉ PASA SI METROPLUSHEALTH NIEGA UNA PARTE DE MI SOLICITUD O TODA MI SOLICITUD?

- ✓ Si denegamos su solicitud de reembolso, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. Tendrá 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de denegación que le enviamos para apelar nuestra decisión. Si no cumple el plazo y tiene motivos valaderos para hacerlo, es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación.

## ¿QUÉ SUCEDE SI ME DICEN QUE MI SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA POR FALTA DE INFORMACIÓN?

- ✓ Tendrá que enviarnos la información que falta para que podamos procesar su solicitud. Si no nos proporciona esta información dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de pago, su solicitud será rechazada. Le enviaremos una carta para explicarle los próximos pasos y cómo enviarnos la información que necesitamos para atender su solicitud.

## ¿QUÉ PASA SI MI SOLICITUD ES RECHAZADA?

- ✓ Si se rechaza su solicitud de pago, puede enviar una nueva solicitud junto con toda la documentación de respaldo nuevamente a MetroPlusHealth dentro de los 365 días posteriores a la fecha del servicio. También tiene derecho a solicitar a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) que revise el despido dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción del aviso de denegación de nuestro plan.