

UTILICE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR 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):

- ✓ Asegúrese de que la documentación de respaldo sea clara y legible.
- ✓ Incluya la constancia de pago y una copia de la factura detallada del proveedor.
 - 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.
 - Reembolso de gimnasio para miembros: presente la constancia de pago emitida por el gimnasio.
- ✓ 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-appointment-representative>.

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 (S9970, Y92.838)
 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:	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:

Monto pagado:

Dirección:

Ciudad, estado:

Código postal:

SECCIÓN 3: DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recibo de pago del proveedor | <input type="checkbox"/> Recibo de pago de servicios |
| <input type="checkbox"/> Recibos detallados o formulario de reclamación por servicios | <input type="checkbox"/> Factura detallada (<i>Superbill</i>) |

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** **O** **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-appointment-representative>

Presente todo el formulario y la documentación de respaldo a:

MetroPlusHealth • Att: Claims
160 Water Street, 3rd Floor • New York, NY
10038 Fax: 212.908.5196

El plan Medicare de MetroPlus cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986- 0356 (TTY: 711). H0423_MEM21_2474s_C_0223221