

Use este formulario para solicitarnos que le reembolsemos el pago por los servicios que pagó. Solo ciertos servicios reúnen los requisitos conforme a las reglas del plan:

- ✓ Si fue a un médico o proveedor fuera de la red.
- ✓ Si no tenía su tarjeta de identificación de miembro.
- ✓ Si solicita que le devuelvan el dinero por el pago del traslado hasta el consultorio del médico.
- ✓ Si solicita que se le devuelvan el dinero por una membresía a un gimnasio.

Llene este formulario por completo e incluya la documentación necesaria. Si el formulario no está completo, tendremos que devolverlo. Use un formulario para cada servicio.

### ¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda para completar este formulario?

Llame al 1.866.986.0356 • TTY: 711

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m.

También puede recibir ayuda en persona. Para encontrar una oficina cercana, visite [metroplus.org/metroplus-near-you](http://metroplus.org/metroplus-near-you)



### Cómo llenar este formulario:

#### Sección 1. Su información:

- ✓ Escriba su número de identificación de miembro. Puede encontrarlo en su tarjeta de identificación de miembro.
- ✓ Escriba su número de identificación de Medicare. Puede encontrarlo en su tarjeta de identificación de miembro.
- ✓ Escriba su nombre como figura en su tarjeta de identificación de miembro.
- ✓ Escriba el número de teléfono que deberíamos usar para comunicarnos con usted si tenemos preguntas.

#### Sección 2. Qué pagó y por qué/Detalles sobre el servicio y por qué lo pagó:

- ✓ Escriba la fecha del servicio.
- ✓ Marque el motivo por el que desea que le devolvamos el dinero.
- ✓ Escriba todos los datos del proveedor o del médico.
- ✓ Escriba el monto total que pagó.

#### Sección 3. Constancia de pago:

**No envíe documentación ni recibos originales. Solo envíe copias a MetroPlusHealth.**

- ✓ Asegúrese de que la documentación sea clara y legible
- ✓ Incluya la constancia de pago
  - No envíe comprobantes de tarjeta de crédito, cheques cobrados ni copias de cheques. Necesitamos una constancia de los proveedores a los que le pagó.
  - Si no tiene la constancia de pago, solicite una copia al proveedor.
  - Si no incluye una constancia de pago, no podremos devolverle el dinero.
- ✓ Escriba su identificación de miembro en la parte superior de cada página de los documentos que envíe.

#### Sección 4. Su firma:

- ✓ Firme y feche su formulario para demostrar que la información en el formulario y los documentos es precisa y completa.

¿Es un representante del beneficiario? (Una persona que puede firmar legalmente la documentación en nombre de otra persona). Asegúrese de completar e incluir el formulario de designación de representante. Puede encontrarlo en: [cms.gov/cms1696-appointment-representative](http://cms.gov/cms1696-appointment-representative).

**Sección 1: Su información**

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: Qué pagó y por qué/Detalles sobre el servicio y por qué lo pagó:**

**Fecha del servicio (MM/DD/AAAA):**

- Consulté a un proveedor o médico fuera de la red (explique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- No tenía mi tarjeta de identificación de miembro.
- Solicito que me devuelvan el dinero por un traslado al consultorio del médico.
- Solicito que me devuelvan el dinero por una membresía a un gimnasio.
- Otro (indíquenos por qué): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información del médico o el proveedor**

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

**Información del médico o el proveedor**

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

**Información del médico o el 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:

Ciudad, estado:

Código postal:

**Sección 3: Constancia de pago**

Constancia de pago

Copias de los recibos de los servicios pagados

Copias de los recibos detallados o formulario de reclamación por servicios

**Sección 4: Su firma**

**Entiende que si el plan cubre estos servicios, le devolveremos el costo total o parcialmente. El monto que recibirá depende de su plan. Es posible que sea menor debido a un copago, coaseguro o deducible. Es posible que debamos compartir esta información con otras personas u organizaciones para pagar esta reclamación.**

**Al firmar a continuación, confirmo que he pagado el monto en dólares indicado a continuación por los servicios que recibí mientras era miembro de MetroPlusHealth Plan. También confirmo que la constancia de pago proporcionada es correcta, verdadera y completa. Entiendo que si no proporciono la documentación correcta, es posible que el plan no me reembolse el pago.**

**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 representante del beneficiario, incluya uno de los siguientes formularios: Designación de representación (Appointment of Representation, AOR), Poder legal o Albacea testamentario. Puede encontrar el formulario de AOR en [cms.gov/cms1696-appointment-representative](https://www.cms.gov/cms1696-appointment-representative).

**Envíe este formulario y todos los documentos a:**

**MetroPlusHealth • Att: Servicios al miembro • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004  
Fax: 212.908.5196**

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

H0423\_MEM25\_3634es\_C 11182025.