

Используйте данную форму, чтобы запросить возврат средств за оплаченные услуги. Правилами плана предусмотрено возмещение средств только за определенные услуги.

- ✓ Если вы обратились к врачу или поставщику услуг, не входящему в сеть.
- ✓ У вас не было с собой идентификационной карты участника.
- ✓ Вы просите возместить средства, потраченные на поездку к врачу.
- ✓ Вы просите возместить средства, потраченные на абонемент в спортзал.

Заполните данную форму до конца и приложите все необходимые документы. Если форма заполнена только частично, мы будем вынуждены ее вернуть. Используйте одну форму для каждой услуги.

**Есть вопросы? Вам нужна помощь с заполнением бланков?** Позвоните по номеру 1.866.986.0356 (телетайп: 711)

с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 и в субботу с 9:00 до 17:00. Вы также можете получить помощь, обратившись лично. Чтобы найти ближайший к вам офис, посетите сайт [metroplus.org/metroplus-near-you](http://metroplus.org/metroplus-near-you).



## Правила заполнения данной формы

### Раздел 1. Информация о вас

- ✓ Укажите свой идентификационный номер участника. Этот номер можно найти на идентификационной карте участника.
- ✓ Укажите свой идентификационный номер Medicare. Этот номер можно найти на идентификационной карте участника.
- ✓ Напишите свое имя, как оно указано на вашей идентификационной карте участника.
- ✓ Укажите номер телефона, по которому мы сможем связаться с вами, если у нас возникнут вопросы.

### Раздел 2. За что вы заплатили и почему / информация об услуге и причина оплаты

- ✓ Укажите дату оказания услуги.
- ✓ Отметьте причину, по которой вы хотите получить возмещение средств.
- ✓ Укажите все данные о враче или поставщике медицинских услуг.
- ✓ Укажите общую оплаченную вами сумму.

### Раздел 3. Подтверждение оплаты

**Не нужно отправлять оригиналы документов или квитанции. Отправляйте в MetroPlusHealth только копии документов.**

- ✓ Убедитесь, что ваши копии четкие и их можно прочитать.
- ✓ Приложите подтверждение оплаты.
  - Не присылайте квитанции по кредитным картам, обналиченные чеки или копии чеков. Нам необходимо подтверждение от поставщиков, которым вы заплатили.
  - Если у вас нет подтверждения оплаты, запросите копию соответствующего документа у поставщика.
  - Если вы не приложите подтверждение оплаты, возможно, мы не сможем вернуть вам деньги.
- ✓ Укажите свой идентификатор участника в верхней части каждой страницы на всех документах, которые вы нам отправляете.

### Раздел 4. Подпись

- ✓ Подпишите и поставьте дату на форме, чтобы подтвердить точность и полноту информации, указанной в этой форме и других документах.

**Вы являетесь представителем бенефициара? (Это человек, который имеет законное право подписывать документы от имени другого человека.) Обязательно заполните и приложите форму назначения представителя. Вы можете найти эту форму по адресу: [cms.gov/cms1696-appointment-representative](http://cms.gov/cms1696-appointment-representative).**

**Раздел 1. Информация о вас**

Имя:	Фамилия:	Идентификационный номер участника:
Адрес (дом, улица):		Идентификационный номер Medicare:
Город, штат, почтовый индекс:		Номер телефона:

**Раздел 2. За что вы заплатили и почему / информация об услуге и причина оплаты**

**Дата оказания услуги (ММ/ДД/ГГГГ):**

Я обращался (-ась) к врачу или поставщику медицинских услуг, не входящему в сеть (объясните причину): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

У меня не было с собой идентификационной карты участника.

Я прошу возместить средства, потраченные на поездку к врачу.

Я прошу возместить средства, потраченные на абонемент в спортзал.

Другое (укажите причину): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Информация о враче или поставщике услуг**

Имя или название поставщика услуг:		
Название услуги или медицинской помощи:		
Дата оказания услуги или медицинской помощи:	Сумма оплаты:	
Адрес (дом, улица):	Город, штат:	Почтовый индекс:

**Информация о враче или поставщике услуг**

Имя или название поставщика услуг:		
Название услуги или медицинской помощи:		
Дата оказания услуги или медицинской помощи:	Дата оказания услуги или медицинской помощи:	
Адрес (дом, улица):	Город, штат:	Почтовый индекс:

**Информация о враче или поставщике услуг**

Имя или название поставщика услуг:

Описание услуги или медицинской помощи:

Дата оказания услуги или медицинской помощи:

Дата оказания услуги или медицинской помощи:

Адрес (дом, улица):

Город, штат:

Почтовый индекс:

**Раздел 3. Подтверждение оплаты**

Подтверждение оплаты

Копии оплаченных квитанций

Подробные копии квитанций или бланк заявления на оказание услуг

**Раздел 4. Подпись:**

**Вы понимаете, что если данные услуги покрываются планом, мы возместим вам их часть или всю стоимость. Сумма, которую вы получите, зависит от вашего плана. Она может быть меньше из-за доплаты, доли в страховании или франшизы. Для утверждения выплаты по данной заявке нам может потребоваться предоставить эту информацию другим лицам или организациям.**

**Подписываясь ниже, я подтверждаю, что оплатил (-а) указанные ниже суммы за услуги, полученные мной как участником MetroPlusHealth Plan. Я также подтверждаю, что предоставленное подтверждение платежа является полным, точным и достоверным. Я понимаю, что если я не предоставлю необходимые документы, план может не выплатить мне деньги.**

**Подпись ► \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_**

\* Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы должны поставить свою подпись выше и предоставить следующую информацию:

Полное имя:	Кем приходитеесь участнику:
Адрес (дом, улица):	
Город, штат, почтовый индекс:	Номер телефона:

Отметьте нужный пункт, если вы являетесь:  **Участником ИЛИ**  **Представителем бенефициара**  
 Если вы являетесь представителем бенефициара, приложите одну из следующих форм. Форма назначения представителя (Appointment of Representation, AOR), доверенность или документ о назначении распорядителя имущества. Вы можете найти форму AOR по адресу:  
[cms.gov/cms1696-appointment-representative](https://www.cms.gov/cms1696-appointment-representative).

**Отправьте данную форму и все документы по адресу:**

**MetroPlusHealth • Кому: Member Services • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004**

**Факс: 212-908-5196**

В компании MetroPlus Medicare Plan соблюдаются федеральные правовые нормы, касающиеся гражданских прав, и не допускается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 711). H0423\_MEM25\_3634ru\_C 11182025.