

Formulario de solicitud de reembolso para miembros

(Formulario de reclamación médica para reembolso. No debe usarse para reembolsos en farmacia).



Si recibió una factura que no ha pagado, no complete este formulario. Llámenos lo antes posible al (800) 863-4155 para solicitar ayuda. Los usuarios de TTY pueden llamar al servicio de transmisión de mensajes de California al (800) 735-2929 o al 711.

Sección 1. Información del miembro (persona que recibió los servicios)

Nombre	Apellido		Inicial del segundo nombre
Dirección (incluya el N.º de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono	El mejor horario del día para comunicarse con usted		
N.º de tarjeta de identificación de PHC	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		

Sección 2. Si nosotros (PHC) tenemos preguntas sobre este formulario, ¿con quién podemos hablar? Si se trata de alguien que no sea el miembro o el padre o la madre de un menor, le enviaremos un formulario de autorización para que lo complete.

Nombre	Apellido
N.º de teléfono	El mejor horario del día para comunicarse con usted
Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otra _____	

Sección 3. Si se aprobara, ¿a nombre de quién debe emitirse el cheque? ¿Dónde quiere que se lo envíen por correo? (El pago no está garantizado)

Nombre	Apellido		
Dirección (incluya el N.º de apartamento):	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 4. Díganos el motivo por el cual se pagaron estos servicios.

--

Certifico que, hasta donde tengo conocimiento, la información incluida en este **Formulario** es verdadera y correcta.

Firma	Nombre en letra de imprenta	Fecha (DD/MM/AAAA)
-------	-----------------------------	--------------------

El hecho de completar este formulario no garantiza el reembolso o el pago.

Formulario de solicitud de reembolso para miembros

(Formulario de reclamación médica para reembolso. No debe usarse para reembolsos en farmacia).



Cómo utilizar este formulario

Este formulario **solo** debe utilizarse si ha pagado por los servicios cubiertos por Medi-Cal. No debe utilizarse este formulario para reembolsos en farmacia.

Use un formulario de reclamación separado para cada miembro que recibió los servicios.

Incluya todos los documentos requeridos:

1. Factura detallada (factura que enumera todos los servicios prestados)
2. Constancia de pago
3. Notas médicas de servicios prestados fuera del estado (notas que tomó el médico que brindó los servicios)

Debe completar todas las secciones de este formulario e **incluir todos los documentos requeridos indicados anteriormente**. En caso de necesitar información adicional, le llamaremos.

Sección 1. Información sobre el miembro

Esta sección es para el miembro que recibió los servicios.

Sección 2. ¿Con quién debemos hablar en caso de tener preguntas?

Esta sección le pregunta con quién debemos hablar si tenemos preguntas. Si se trata de alguien que no sea el miembro o el padre o la madre de un menor, necesitaremos que esa persona complete un formulario de Representante autorizado.

Sección 3. Si se aprobara, ¿a nombre de quién debe emitirse el cheque?

Esta sección solicita información sobre a nombre de quién debe emitirse el cheque y dónde debe enviarse por correo.

Sección 4. Díganos el motivo por el que usted o alguien más pagó por los servicios.

Esta sección nos permite saber por qué alguien tuvo que pagar por estos servicios.

Envíe por fax o correo postal este formulario completo y los documentos requeridos a PHC.

Miembros de los condados de Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano, Sonoma o Yolo:

- Envíe un fax a: (707) 863-4415
- Envíe un correo postal a: Partnership HealthPlan of California, Attention EUnit, 4665 Business Center Drive, Fairfield CA 94534

Miembros del condado de Del Norte, Humboldt, Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou y Trinity:

- Envíe un fax a: (530) 223-2508
- Envíe un correo postal a: Partnership HealthPlan of California, Attention EUnit 3688 Avtech Parkway, Redding CA 96002

Le enviaremos una carta mediante la cual le informaremos nuestra decisión dentro los 30 días desde la presentación de su solicitud.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llámenos al (800) 863-4155. Estamos aquí para ayudarle de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al servicio de transmisión de mensajes de California al (800) 735-2929 o al 711.