



# Formulario de solicitud de reembolso para miembros

## Formulario de reclamo

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 retransmisión 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
Número de teléfono	El mejor horario del día para comunicarse con usted		
Número de tarjeta de identificación de Partnership	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		

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

Nombre	Apellido
Número 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. ¿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. ¿Cuánto dinero quiere que Partnership le devuelva? \$ \_\_\_\_\_

### Sección 5. Díganos el motivo por el cual pagó 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 reclamo

---

### Cómo utilizar este formulario

Utilice este formulario si usted era miembro de Partnership cuando recibió los servicios. Utilice un formulario separado para cada miembro e **incluya todos los documentos requeridos indicados anteriormente**.

### Servicios de farmacia (medicamentos recetados):

- Fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2022, no complete este formulario; llame a Medi-Cal Rx al **(800) 977-2273** para obtener ayuda.
- Fechas de servicio antes del 1 de enero de 2022, complete este formulario y envíe lo siguiente a Partnership:
  1. Recibo de farmacia (que se le entregó con la advertencia del medicamento, no el recibo de la caja registradora)
  2. Constancia de pago

### Todos los demás servicios:

1. Factura detallada (factura que enumera todos los servicios prestados)
2. Constancia de pago
3. Se requieren notas médicas para los servicios que se recibieron fuera del estado de California o cuando se soliciten

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. Indíquenos el monto de dinero que desea que Partnership le devuelva.

### Sección 5. 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 Partnership.**

- Envíe un fax a (707) 863-4415.



# Formulario de solicitud de reembolso para miembros

## Formulario de reclamo

---

- Envíe un correo postal a Partnership HealthPlan of California, Attention EUnit, 4665 Business Center Drive, Fairfield CA 94534.

Lo llamaremos o 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**.