

Formulario de reembolso para miembros

Si personalmente pagó un servicio médico cubierto, asegúrese de que usted y su médico, u otro profesional de salud, completen este formulario en su totalidad para que usted pueda recibir un reembolso de manera oportuna.

- Escriba a máquina o en letra de imprenta la información solicitada.
- Pídale a su proveedor que le ayude a completar toda la información de la Parte II.
- Adjunte los recibos o formularios de reclamación detallados para cada servicio. (No abra los elementos).
- Conserve una copia de cada factura o recibo detallado para sus registros.
- No envíe un formulario si su médico u otro profesional de salud también presentará una reclamación a Elderplan por el mismo servicio.
- Para obtener un reembolso, debe consultar a un centro o proveedor de la red.

PARTE I — INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	N.º de ident. de miembro	Fecha de nac. (mm/dd/aa)
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del paciente		Fecha de nac. del paciente (mm/dd/aa)		Teléfono

PARTE II — INFORMACIÓN DEL SERVICIO (Debe completarlo el proveedor)

Fecha (mm/dd/aa)	Lugar del servicio	Códigos de procedimientos, servicios o suministros	Código de diagnóstico	Cargos	Número de unidades
		Cargos totales:	Monto pagado por usted:		

Nombre del proveedor	N.º de ident. tributaria del proveedor			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	

Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Si se envió toda la información correctamente, puede esperar que su reclamación sea procesada dentro de los 30 días hábiles desde que Elderplan la reciba. ESTO NO GARANTIZA EL PAGO. El pago real para los servicios cubiertos se realizará en el nivel adecuado según el beneficio de su plan.

Sigue al dorso.

Declaración del miembro

Mediante mi firma a continuación, declaro que he pagado el monto en dólares descrito anteriormente por los servicios recibidos como miembro del plan Elderplan Medicare. Además certifico que los documentos adjuntos a este formulario, que sirven como prueba de pago, son precisos, verdaderos y completos en todos los aspectos.

Firma _____ Fecha _____

*Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre _____ Teléfono _____ Relación con el inscrito _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Enviar por correo a:

Elderplan Claims Department
P.O. Box 73111
Newnan, GA 30271-3111

Antes de enviar su reclamación...

1. Asegúrese de haber completado todos los campos.
2. Haga fotocopias de todos los recibos y los formularios completos. Los recibos no se devolverán.
3. Escriba su número de identificación de miembro de Elderplan en toda la documentación que envíe.

Usted recibirá su reembolso dentro de los 30 días desde que recibamos el formulario. Guarde una copia de toda la documentación para sus registros.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con **Servicios para los miembros** al **1-800-353-3765** (TTY 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-771-1119 (TTY: 711).

