

El formulario de reembolso al Participante del Plan Cuidado Absoluto FIDA (Plan Medicare-Medicaid de Healthfirst) se proporciona para solicitar el reembolso por servicios que califican que usted pagó de su bolsillo. Usted puede presentar solo una solicitud de reembolso por vez. Por favor revise la información y envíe la documentación de respaldo para asegurarse de que Healthfirst procese su solicitud correctamente y para evitar cualquier demora. Si se aprueba, los cheques se le enviarán por correo dentro de los 21 días a su dirección postal. **No se puede utilizar este formulario para el reembolso de servicios que usted recibió que no califican.**

A continuación se encuentran las instrucciones para completar cada sección. Por favor, léalas detalladamente antes de completar este formulario.

Sección 1 Información del participante

- Escriba el número de identificación del participante que aparece en su tarjeta de identificación.
- Escriba su nombre como aparece en su tarjeta de identificación (Nombre, Apellido).
- Escriba su dirección de correo postal.
- Escriba su número de teléfono en caso de que necesitemos comunicarnos con usted para verificar cualquier información que usted proporcione.

Sección 2 Información sobre el Reembolso

- Escriba la cantidad del reembolso.

Sección 3 Motivo de la Solicitud del Reembolso

- Seleccione el motivo del reembolso solicitado. Sólo puede presentar una solicitud de reembolso por vez.
- Si usted no ve su tipo de solicitud en la lista, por favor, proporcione una descripción detallada en el recuadro denominado "Otro".

Sección 4 Documentación de Apoyo Adjunta

- Marque el tipo de documentación de apoyo (recibo) que adjunta a su formulario.

Sección 5 Declaración del Miembro

- Revise, firme y feche el formulario para certificar que la información en el formulario y los documentos adjuntos es exacta y completa.
- Si usted no es el participante y está firmando este formulario, podríamos solicitar que nos envíe su información de contacto.
- Por favor adjunte y envíe la documentación de respaldo junto con el formulario completo a:

**Healthfirst AbsoluteCare FIDA Plan Participant Services
P.O. Box 5165
New York, NY 10274-5165**

Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional para completar este formulario, por favor, llame a nuestro Departamento de Servicios a los Participantes al **1-855-675-7630** (TTY 711), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si requiere ayuda en persona para completar este formulario, puede visitar alguno de los centros de asistencia de Healthfirst. Las ubicaciones y horarios están disponibles en línea en es.healthfirst.org/healthfirst-community-office.

Sección 1 Información del Participante

Número de la tarjeta de identificación del Participante _____

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Teléfono (incluido código de área) (_____) _____

Sección 2 Información de reembolso

Cantidad solicitada para el reembolso \$ _____

Sección 3 Motivo de la solicitud de reembolso:

Sección 4 Documentación de respaldo adjunta:

Marcar solo una opción

Marcar todo lo que corresponda

Transporte

- Taxi
- LIRR (Long Island Railroad)
- MetroNorth
- MetroCard

- Comprobante de taxi con fecha
- Comprobante de LIRR con fecha
- Comprobante de MetroNorth con fecha
- Comprobante de MetroCard con fecha

Reclamación del proveedor

- Atención de emergencia
- Atención fuera de la red

- Recibo-Comprobante de pago
- Formulario de reclamación del proveedor enumerando códigos de procedimientos y diagnóstico (Proporcionar códigos ICD10 & CPT) [Para uso interno: POS 99: 99201-99215]

Otros

- Adjunte comprobante y descripción

Sección 5 Certificación del Participante

Mediante mi firma, certifico que pagué el importe en dólares indicado más arriba por los servicios recibidos siendo participante del Plan Cuidado Absoluto FIDA (Plan Medicare-Medicaid) de Healthfirst. Certifico también que los documentos adjuntos a este formulario que prueban que se efectuó el pago son auténticos, veraces y completos en todos sus aspectos.

Firma _____ Fecha _____

*Si usted es el representante autorizado, tiene que firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ Relación con el participante _____

Dirección _____

¿Le resultó fácil completar este formulario? Sí No Si No, por favor explique por qué _____

El Plan Cuidado Absoluto FIDA (Plan Medicare-Medicaid) de Healthfirst es un plan de atención administrada con un contrato con Medicare y con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) que brinda los beneficios de ambos programas a sus Participantes a través de la Demostración del Plan de Doble Beneficios Completamente Integrados (Fully Integrated Duals Advantage, FIDA por sus siglas en inglés). Healthfirst Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Estado de Nueva York ha creado un programa de defensoría (ombudsman) para participantes llamado la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) para proporcionar asistencia gratuita y confidencial sobre cualquier servicio ofrecido por el Plan Cuidado Absoluto FIDA (Plan Medicare-Medicaid) de Healthfirst. Puede llamar gratuitamente a ICAN al número 1-844-614-8800 o contactarla en línea en icannys.org. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para llamar al 1-844-614-8800). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821)。