

Complete este formulario y preséntelo junto con la documentación de respaldo (recibos y facturas) para solicitar el reembolso del servicio que califica y que se pagó directamente de su bolsillo. Usted puede presentar solo una solicitud de reembolso a la vez. Si cree que hubo un exceso en el pago de un deducible o coseguro/copago, comuníquese con el proveedor directamente. **Este formulario no puede usarse para solicitar un reembolso de un pago directo de su bolsillo para servicios que no califican.**

A continuación se encuentran las instrucciones para completar cada sección.
Léalas atentamente antes de completar este formulario.

Sección 1 Información del miembro

- Escriba el número de identificación de miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación de Healthfirst
- Escriba su nombre tal como aparece en su tarjeta de identificación (nombre, apellido)
- Escriba su dirección postal completa
- Escriba su número de teléfono en caso de que necesitemos comunicarnos con usted para verificar cualquier información

Sección 2 Información de reembolso

- Escriba la cantidad a reembolsar

Sección 3 Motivo de la solicitud de reembolso

- Tenga en cuenta que solo se le podrán reembolsar los servicios de la sala de emergencias. Además, usted puede presentar solo una solicitud de reembolso a la vez.

Sección 4 Documentación de respaldo adjunta

- Seleccione el tipo de documentación de respaldo (recibo y factura) que adjunta a su formulario

Sección 5 Declaración y firma del miembro

- Revise, firme y feche el formulario para certificar que la información en el formulario y los documentos adjuntos sea precisa y esté completa
- Si usted no es el miembro y firma este formulario, por favor proporcione su información de contacto en el espacio provisto
- Adjunte y envíe cualquier documentación de respaldo junto con el formulario completado a:

Healthfirst Inc.
P.O. Box 5165
New York, NY 10274-5165

Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional para completar este formulario, llame a nuestro departamento de Servicios a los Miembros al **1-888-250-2220** (TTY 1-888-867-4132), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si necesita asistencia en persona para completar este formulario, puede visitar una de nuestras convenientes oficinas locales de Healthfirst. Los horarios y las ubicaciones están disponibles en línea en healthfirst.org/healthfirst-community-office.

Sección 1 Información del miembro Número de identificación del miembro _____

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (con código de área) (_____) _____

Sección 2 Información de reembolso Cantidad solicitada de reembolso: \$ _____ . _____

Sección 3 Motivo de la solicitud de reembolso **Sección 4** Documentación de respaldo adjunta

Servicios en la sala de emergencias

Marque todo lo que corresponda

- Recibo – comprobante de pago
- Formulario de reclamación del proveedor que incluye los códigos de diagnóstico y procedimientos

Sección 5 Declaración del miembro

Al firmar a continuación, certifico que he pagado el monto en dólares que aparece arriba por los servicios recibidos siendo miembro del Plan Hoja de Healthfirst. Certifico además que los documentos adjuntos a este formulario que demuestran el pago son precisos, verdaderos y completos, en todos sus aspectos. Además, entiendo que cualquier determinación de Healthfirst sobre el reembolso está sujeta a los requisitos de costos compartidos y coseguros.

Firma _____ Fecha _____

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

Nombre: _____ Número de teléfono: (_____) _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

¿Le resultó fácil completar este formulario? Sí No

Si la respuesta es no, explique por qué _____
