

Complete este formulario y preséntelo junto con la documentación de respaldo (recibos y facturas) para solicitar el reembolso de los servicios que califican y que pagó directamente de su bolsillo. Usted puede presentar solo una solicitud de reembolso a la vez. Si cree que pagó demás por el deducible o el coseguro/copago, comuníquese con el proveedor directamente. ***Este formulario no puede usarse para solicitar el reembolso de un pago directo de su bolsillo por 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 su número de identificación de miembro que aparece 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 sobre el reembolso

- Escriba la cantidad que se reembolsará.

### Sección 3 Motivo de la solicitud del reembolso

- Tenga en cuenta que probablemente se le reembolsarán solo los servicios de 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 al 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 es precisa y completa.
- Si usted no es el miembro y firma este formulario, proporcione su información de contacto en el espacio provisto.
- Adjunte y envíe la 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 [es.healthfirst.org/healthfirst-community-office](https://es.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 sobre el reembolsoCantidad de reembolso  
solicitada: \$ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_**Sección 3** Motivo de la solicitud  
del reembolso

Servicios de sala de emergencias

**Sección 4** Documentación de respaldo adjunta

Seleccione todas las opciones que correspondan

- Recibo o 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 pagué el monto en dólares que aparece arriba por los servicios especificados que recibí como 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, tiene que firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Le resultó fácil completar este formulario?  Sí  No Si la respuesta es no, explique por qué\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_