

El formulario de reembolso del Plan Medicare de Healthfirst le permite solicitar el reembolso por cuidado y servicios elegibles que usted pagó de su bolsillo. Por favor complete toda la información requerida y adjunte la documentación de respaldo para asegurar que se procese su solicitud cuanto antes. **Las solicitudes incompletas se enviarán de regreso.** Se denegarán las solicitudes de reembolso por cuidado o servicios que no califican. Por favor envíe solo una solicitud de reembolso por vez.

Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional para completar este formulario, llame a Servicios a los Miembros de Healthfirst al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132), los 7 días de la semana, 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 nuestra página web en **es.healthfirst.org/healthfirst-community-office**. A continuación encontrará algunos consejos útiles para completar este formulario:

### Sección 1 | Razón del reembolso

- Seleccione el motivo del reembolso solicitado
- Si usted no encuentra la razón en la lista, por favor, proporcione una descripción detallada en el recuadro denominado “Otro”

### Sección 2 | Información del miembro

- Escriba su número de identificación de miembro que aparece en su tarjeta de identificación de miembro
- Escriba su nombre como aparece en su tarjeta de identificación de miembro
- Escriba su número de teléfono en caso de que necesitemos comunicarnos con usted para verificar cualquier información

### Sección 3 | Declaración del miembro

- Firme y feche el formulario para certificar que la información en el formulario y los documentos adjuntos es correcta y completa
- Si usted actúa como representante del beneficiario, asegúrese de completar y adjuntar el formulario de Nombramiento de un Representante, disponible en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf>
- Adjunte la documentación de respaldo y envíe el formulario completo a:  
**Healthfirst Member Services**  
**P.O. Box 5165**  
**New York, NY 10274-5165**

### Sección 4 | Detalles del reembolso

- Por favor proporcione los detalles del cuidado o servicio que usted recibió e incluya la fecha, una descripción, la información de contacto del proveedor, y la cantidad que usted pagó
- Incluya varias anotaciones en relación con el mismo cuidado o servicio, según sea necesario

### Sección 5 | Documentación de respaldo

- Por favor, asegúrese de que la documentación de respaldo sea clara y legible
- Incluya su número de ID de miembro en la parte superior de cada página de toda documentación de respaldo
- **No envíe los recibos originales.** Guarde los originales en un lugar seguro y envíe las copias a Healthfirst

### Sección 1 | Razón del reembolso

- No utilicé mi tarjeta de identificación de miembro
- Visité a un proveedor fuera de la red (por favor explique) \_\_\_\_\_
- Estaba fuera del país
- Otra circunstancia (por favor explique) \_\_\_\_\_
- Solicito un reembolso por transporte

### Sección 2 | Información del miembro

Número de identificación de miembro (se encuentra en la tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst)

Nombre

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Marque si usted es:  Miembro    0     Representante del beneficiario

Si usted es el representante del beneficiario, por favor adjunte el formulario de Nombramiento de un Representante (AOR, por sus siglas en inglés), poder legal o formulario de ejecutor del testamento. El formulario AOR, está disponible en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf>

### Sección 3 | Declaración del miembro

Con mi firma a continuación, doy fe de que he pagado el monto en dólares que aparece a continuación por los servicios recibidos siendo miembro del Plan Medicare de Healthfirst. Certifico además que los documentos adjuntos a este formulario que demuestran el pago son correctos, verdaderos y completos en todos sus aspectos.

\_\_\_\_\_

Firma (requerida)

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del representante del beneficiario

\_\_\_\_\_

Fecha

Si usted firma como representante del beneficiario, se requieren ambas firmas, la de usted y la firma del miembro.

## Sección 4 | Detalles del reembolso

Proporcione los detalles de la solicitud de reembolso debajo. Incluya varias anotaciones en relación con el mismo cuidado o servicio, según sea necesario.

Fecha del cuidado o servicio	Descripción del cuidado o servicio
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor
Teléfono del proveedor	Cantidad pagada: \$

Fecha del cuidado o servicio	Descripción del cuidado o servicio
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor
Teléfono del proveedor	Cantidad pagada: \$

Fecha del cuidado o servicio	Descripción del cuidado o servicio
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor
Teléfono del proveedor	Cantidad pagada: \$

## Sección 5 | Documentación de respaldo

Se requiere documentación de respaldo que muestre prueba de pago. Si usted no tiene un recibo detallado por cada servicio, por favor solicite una copia a su proveedor. Las solicitudes de reembolso sin la información de constancia de pago pueden ser denegadas o rechazadas. Por favor, asegúrese de que la documentación de respaldo sea clara y legible. **No envíe los recibos originales. Envíe toda la documentación de respaldo a:**

**Healthfirst Member Services  
 P.O. Box 5165  
 New York, NY 10274-5165**

Healthfirst Health Plan, Inc., ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal. El Plan Medicare de Healthfirst tiene un contrato con el Programa Medicaid de Nueva York para el Plan Atención Integral (HMO SNP) de Healthfirst y un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para el Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP) de Healthfirst. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato. El Plan Medicare de Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 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 1-888-867-4132)。