

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. Se denegarán las solicitudes de reembolso por cuidado o servicios que no califican. Si tiene varias solicitudes de reembolso, por favor envíe un formulario por cada una.

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. (de octubre a marzo) y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (de abril a septiembre). 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)

### 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. Toda persona que deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros, o toda otra persona que presente una solicitud para seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa, o que omita con el propósito de engaño, información relacionada con cualquier hecho material para ello, está cometiendo un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y dicha persona estará sujeta a sanciones civiles que no excederán los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación para cada infracción mencionada.

\_\_\_\_\_  
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. 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. o Healthfirst Insurance Company, Inc. ("Healthfirst") proporciona la cobertura. 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)。