

El Formulario de reclamación de reembolso de Flex solo se utiliza para solicitar el reembolso de los gastos de bolsillo por servicios dentales, de la vista y de la audición del plan Signature (PPO).

Servicios de la vista: anteojos comprados a través de un proveedor dentro de la red (gastos que superen el beneficio de \$250 cada dos años incluido en su plan).

Servicios dentales: copagos por servicios fuera de la red o costos por servicios que superen su beneficio anual de \$1,500.

Servicios de la audición: copagos por audífonos comprados a través de NationsHearing.

Es importante que primero le muestre a su proveedor su tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst para utilizar todos sus beneficios dentales, de la vista y de la audición regulares; luego utilice su tarjeta Flex para cualquier gasto de su bolsillo. La tarjeta Flex es solo para uso individual, no está destinada a familiares o amigos. No se puede canjear por efectivo y los reembolsos en efectivo se deducirán del saldo de su tarjeta Flex. En caso de que el saldo sea inferior al monto presentado, solo recibirá un reembolso que no supere el importe del saldo de su tarjeta en el momento en que recibamos su solicitud.

Estas son las instrucciones para completar cada sección. Léalas detenidamente antes de completar este formulario.

Sección 1 | Información del miembro

- Escriba su nombre completo (nombre y apellido) como figura en la tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst.
- Escriba su número de identificación de miembro, que se encuentra en la tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst.
- Escriba el número de su tarjeta Flex, que se encuentra en dicha tarjeta.
- Escriba su dirección completa.
- Escriba su número de teléfono por si necesitamos comunicarnos con usted para verificar la información que haya proporcionado.

Sección 2 | Información sobre gastos y envío de formularios

- Utilizando la información de sus recibos, escriba la fecha de compra (mm/dd/aaaa), lugar de compra, artículo(s)/servicio(s) comprado(s) y el monto pagado por cada artículo. *Si necesita más espacio para incluir las compras, asegúrese de completar y adjuntar un formulario adicional.*
- Escriba el monto total de todos los artículos/servicios cuyo reembolso solicita.
- Adjunte los recibos originales desglosados de sus gastos de bolsillo elegibles para los artículos dentales, de la vista o de la audición. **No envíe cheques cancelados ni resúmenes bancarios o de tarjetas de crédito.**
- Revise, firme y feche el Formulario de reclamación de reembolso de Flex completo y envíelo a Healthfirst de alguna de las siguientes formas:
 - Por correo electrónico: OTCINQUIRIES@Healthfirst.org
 - Por fax: 212-801-3250
 - Por correo postal: Healthfirst OTC Inquiries
P.O. Box 5175
New York, NY 10274-5175

Si tiene preguntas o necesita asistencia para completar este formulario, llame a su equipo dedicado de Servicios a los Miembros al 1-833-350-2910, 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, vaya a cualquier oficina local de Healthfirst.

Sección 1 | Información del miembro

Nombre del miembro	Dirección del miembro
Número de identificación de miembro de Healthfirst	Fecha de nacimiento del miembro
Número de tarjeta Flex	Número de teléfono del miembro

Sección 2 | Gastos de la tarjeta Flex

DEBERÁ completar esta sección en su totalidad. Las solicitudes incompletas no se procesarán y serán devueltas. Complete todos los campos que figuran a continuación para asegurarse de que su reclamación se procese puntualmente. Debe presentar documentación de respaldo para todos los gastos.

Fecha de compra (mm/dd/aaaa)	Lugar de compra	Artículos/servicios comprados	Monto del gasto
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
Total: \$			_____

Comprendo que las compras son solo para mi uso personal y que no se pueden hacer compras para amigos o familiares.

Firma del miembro

Fecha

¿Le resultó fácil completar este formulario?

Sí

No

Si su respuesta es no, explique por qué. _____

Healthfirst Health Plan, Inc. o Healthfirst Insurance Company, Inc. (“Healthfirst”) proporciona la cobertura. Healthfirst Medicare Plan ofrece planes HMO y PPO que tienen contrato con Medicare. Nuestros planes para personas con necesidades especiales (SNP) también tienen contratos con el programa Medicaid del estado de Nueva York. Los planes contienen exclusiones y limitaciones.

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 1-888-542-3821)。