

FORMULARIO DE REEMBOLSO DIRECTO AL MIEMBRO (DMR)

Si usted pagó por servicios que están cubiertos por su plan de atención médica de HPSM, puede pedirle a HPSM que le haga un reembolso. Envíe este formulario con un estado de cuenta de su proveedor que muestre los servicios, el costo y el comprobante de pago de ese mismo costo. Los recibos de las cajas registradoras y de las tarjetas de crédito no se aceptan como comprobante de compra. No se garantiza el reembolso. Los costos cubiertos serán reembolsados según el monto que resulte más bajo: el pago original o la asignación máxima del plan (menos cualquier costo compartido que se pueda aplicar).

Información del miembro (un formulario por paciente y por servicio)

Primer nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Número de identificación de miembro de HPSM _____
Medi-Cal CareAdvantage HealthWorx (HMO) ACE
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) N.º de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del proveedor _____ N.º de teléfono del proveedor _____

Motivo de la solicitud (marque todas las opciones que correspondan)

Médico Emergencia fuera del área No tenía mi tarjeta de identificación
Dental Proveedor fuera de la red Otro: _____

Si HPSM no es su seguro primario y su seguro primario ya pagó el servicio, llene esta sección.

Tipo de seguro primario que pagó el servicio. Dental Médico

Nombre de la compañía del seguro primario _____

Nombre del miembro/suscriptor primario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ N.º de identificación del miembro/suscriptor primario _____

Certifico que el paciente que figura en este formulario es miembro de HPSM y que los servicios proporcionados fueron para el paciente mencionado. Asimismo, certifico que los reclamos que se presentan para el pago no son elegibles para ser cubiertos bajo un programa de seguro de automóvil sin culpa o de compensaciones al trabajador. También autorizo la divulgación de toda la información relacionada con este reclamo al administrador del plan, la compañía aseguradora, el titular de la póliza patrocinada y/o el empleador.

Firma del miembro (se rechazarán los reclamos sin la firma del miembro) _____ Fecha _____

Instrucciones especiales:

Los artículos enviados con este formulario deben tener la siguiente información claramente legible o el reembolso podría retrasarse o negarse.

- Nombre y dirección del proveedor
- Servicios prestados con todos los costos asociados y copia del aviso de liquidación del asegurador primario
- Factura detallada de todos los servicios prestados con costos asociados y comprobante de pago (recibo del proveedor, estado de cuenta de la tarjeta de crédito/débito)

Este formulario y los materiales que lo acompañan pueden enviarse por email (con los documentos escaneados) o por correo postal (con documentos impresos)

Miembros de CareAdvantage

Email: CareAdvantageSupport@hpsm.org

Correo postal: Health Plan of San Mateo
c/o The CareAdvantage Unit
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

o bien,

Miembros de Medi-Cal, HealthWorx y ACE

Email: MemberServicesSupport@hpsm.org

Correo postal: Health Plan of San Mateo
c/o Customer Support
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

El reembolso y la correspondencia se enviarán al miembro primario. Los reclamos están sujetos a limitaciones, exclusiones y otras disposiciones.