



Formulario de reembolso directo al miembro

Si pagó servicios que el plan de salud cubre,
puede solicitar un reembolso al plan de salud.

Para ello, complete este formulario e incluya una
declaración de su proveedor. La declaración debe mostrar
los servicios que recibió, cuánto costaron y una prueba del
costo. Tenga en cuenta que mostrar recibos de tarjeta de
crédito o caja registradora no es suficiente prueba.

Sepa que no siempre se garantiza el reembolso.

Información del miembro

***Un formulario por paciente y por servicio.**

Nombre

Apellido

Inicial del segundo nombre

ID de Health Plan

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa)

Teléfono

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del proveedor

Teléfono del proveedor

Motivo de la solicitud

*** Marque los que correspondan.**

Emergencia fuera del área

Cuidado urgente fuera del área

No tenía la tarjeta del plan de salud

Hospitalización en México o Canadá

Alojamiento por trasplante/servicios relacionados

Otros (explique en la página siguiente)

Explique otros motivos: _____

Complete esta sección si el plan de salud no es su seguro principal, y el seguro principal ya pagó el servicio.

Tipo de seguro que pagó el servicio:

Comercial médico

Medicare

Nombre del proveedor

Nombre del miembro/suscriptor principal (apellido, nombre, inicial)

ID del miembro/suscriptor principal

Confirmando que la persona que figura en este formulario es miembro del plan de salud. También confirmo que los servicios se brindaron a esta persona.

Firma del miembro

Fecha

**No se aceptan reclamos sin firma del miembro.*

Envíe este formulario y documentos de respaldo por:

- **Correo postal:** Health Plan of San Joaquin
Mountain of Valley Health Plan
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231
- **Fax:** 209-461-2550
- **Correo electrónico:** customerservice@hpsj.com

Las cartas sobre este reclamo se enviarán al miembro. No se pagan todos los reclamos. Hay reglas que pueden limitar lo que se puede reclamar. Algunos servicios no se cubren.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Cliente al 1-888-936-7526 (TTY: 711), de lunes a viernes, 8:00 a. m.-5:00 p. m., hora estándar del Pacífico. Si lo necesita, le ofrecemos un intérprete sin costo.