EmblemHealth | UnitedHealthcare

Formulario de Reembolso para la Aplicación Móvil de Manejo de Anticonceptivos

Este formulario solo debe usarse para solicitar el reembolso correspondiente a las aplicaciones móviles aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) descargadas para el manejo de anticonceptivos, de conformidad con la normativa federal.

Puede usar este formulario para solicitar el reembolso de la compra de la aplicación que ha sido autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

- Este formulario es para la aplicación de manejo de anticonceptivos autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos que usted compró y debe usarse para solicitar un reembolso mensual o anual.
- Escriba sus respuestas en letra de molde y con tinta negra o azul.
- Incluya el comprobante de pago (por ejemplo, un recibo de pago) que contenga el nombre de la aplicación junto con este formulario llenado. Si no recibimos la información necesaria, su solicitud no se procesará.
- Envíe el formulario completado y el comprobante de pago a: NYCE PPO Plan, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121, o bien, puede llenar este formulario y presentarlo por Internet usando la herramienta de presentación de reclamos en el portal seguro para miembros en **nyceppo.com**.

Información del suscriptor o titular de la póliza

Nombre completo del suscriptor o titular de la póliza _____

ID de miembro _____ Número de grupo _____

Fecha de nacimiento ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Esta es una dirección nueva? ☐ Sí ☐ No

Número de teléfono ___-___-_____ Dirección de correo electrónico _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Información sobre la compra de la aplicación

¿Es este reembolso por la tarifa mensual o la tarifa anual? _____

Fecha de la compra ___/___/_____ (MM DD AAAA) ___/___/_____ (MM DD AAAA) ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Cantidad total presentada para reembolso $ _____

(Continúa)

Firma del miembro

Firma _____ Fecha ___/___/_____
MM DD AAAA

Al haber firmado anteriormente, indico que la información de este formulario es correcta. Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga una tergiversación o información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un hecho delictivo punible conforme a la ley y puede estar sujeta a sanciones civiles.

¿Listo para enviar el formulario llenado?

Envíe el formulario completado y el comprobante de pago a: NYCE PPO Plan, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121, o bien, puede llenar este formulario y presentarlo por Internet usando la herramienta de presentación de reclamos en el portal seguro para miembros en **nyceppo.com**.

Antes de hacer el envío por correo postal o presentarlo por Internet, asegúrese de:

- Haber completado y firmado el formulario
- Haber incluido el comprobante de pago, por ejemplo, un recibo de pago
- Guardar una copia de todo lo que nos envíe

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al **212-501-4444** (TTY: **711**)

Uso Exclusivo Interno:
Código de diagnóstico: Z30.8
Lugar del servicio: 10 (OF)
Código HCPCS: A9293
ID fiscal – 999999993
Unidades: 1

© 2025 EmblemHealth. Todos los derechos reservados.
© 2025 United HealthCare Services, Inc. UMF0031-NYCE-SP 1125 UA
Todos los derechos reservados.

EmblemHealth | UnitedHealthcare