

Formulario de Reclamo Relacionado con Viajes por Motivos Médicos

Puede utilizar este formulario para solicitar el reembolso de los gastos de viaje y alojamiento aprobados que podrían estar cubiertos según los beneficios de su plan. Si tiene alguna pregunta sobre su beneficio de Viaje y Alojamiento, consulte la cobertura con su empleador o llame al **212-501-4444** (TTY: **711**).

Miembro

Nombre completo _____ Número de ID de miembro _____
N.º 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 _____

Información sobre el paciente

Elija para quién se presenta este formulario (elija una opción): Suscriptor Cónyuge/pareja de unión libre Dependiente
Nombre completo _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____
¿El paciente viajó con un cuidador? Sí No Si respondió que sí, indique la cantidad total de cuidadores: _____

Información sobre el proveedor/centro

Nombre del proveedor/centro _____ Número de ID fiscal (TIN) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información detallada sobre el viaje y alojamiento que usted pagó

Utilice este espacio para describir brevemente los servicios prestados:

Llene esta tabla para decirnos lo que pagó. Llene una línea nueva para cada cargo. Si necesita más espacio, puede usar una hoja aparte. Todos los gastos indicados requieren un comprobante de pago. Por cada gasto indicado:

- Pegue con cinta adhesiva el recibo original (sin grapas) en una hoja de papel blanco liso de 8.5" x 11" (utilizando solo una cara). Asegúrese de que la cinta no cubra la fecha ni el valor monetario.

No resalte ni marque con un círculo los artículos cubiertos ni tache los artículos no cubiertos en los recibos.

Información detallada sobre el viaje y alojamiento que usted pagó (continuación)

Fecha de inicio del gasto	Fecha de finalización del gasto	Vehículo de alquiler	Millas recorridas en el auto-móvil*	Cargo de combustible	Cargo de estacionamiento/peajes	Tarifa(s) de taxi, tren, autobús, ferri y metro	Tarifa(s) de Uber/Lyft	Tarifa aérea nacional	Alojamiento /hotel
Totales de gastos		\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

*Registre la cantidad real de millas terrestres recorridas desde el domicilio del paciente hasta el lugar donde se prestó el servicio.

Firma del miembro

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho importante de dicha solicitud o declaración, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, y dicha persona también estará sujeta a una sanción civil.

Firma _____ Fecha (MM/DD/AAAA) _____

Al marcar esta casilla y firmar este formulario, verifico que la información sobre el viaje y alojamiento presentada para su reembolso cumple con los requisitos de cobertura indicados en mi plan de beneficios. El hecho de llenar y presentar el formulario no garantiza el pago.

¿Listo para enviar el formulario llenado?

Antes de hacer el envío por correo postal, asegúrese de:

- Llenar y firmar este formulario.
- Incluir los recibos originales de los gastos que indicó.
- Guardar una copia de todo lo que nos envíe.

Cómo presentar su reclamo:

- Los gastos aprobados se considerarán para su reembolso una vez que se hayan presentado los gastos junto con todos los recibos claros y legibles correspondientes a las fechas de viaje indicadas en el formulario de reclamo. Se deben adjuntar todos los recibos de viaje y alojamiento a este formulario.
- El itinerario de su vuelo y el recibo del boleto pagado (ambos son necesarios para el reembolso).
- Cualquier otro recibo por artículos cubiertos según lo indicado anteriormente.
- Si falta información o está incompleta cuando presente el formulario de reembolso, recibirá una carta en la que se explicará lo que falta.
- Los recibos se deben presentar en un plazo no mayor de un año desde la fecha en que se incurrió en el gasto.
- Procesaremos su solicitud según los beneficios de su plan. Una vez procesada, le enviaremos un cheque o una carta de seguimiento.

Enviar a:

NYCE PPO Plan
P.O. Box 21534
Eagan, MN 55121

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

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