

INSTRUCCIONES

Para procesar la solicitud de reembolso, se debe completar este formulario en su totalidad, firmarlo y devolverlo con todos los documentos solicitados. Debe adjuntar una copia del comprobante que indique el monto en dólares de su solicitud, cuándo se produjo el servicio y cuándo se pagó. Espere hasta 30 días para la revisión y el procesamiento después de enviar su solicitud de reembolso.

Enviar a:

Correo postal: CCPU Health Care Fund
 P.O. Box 57027
 Irvine, CA 92619

Correo electrónico: reimbursement@ccpuhealth.org

INFORMACIÓN DE PROVEEDOR

Nombre	Identificación del Fondo de Atención Médica de CCPU	Número de teléfono
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

¿Es una dirección nueva?

Sí No

INFORMACIÓN DE GASTOS (Por favor consulte el reverso de este formulario para obtener una descripción de los tipos de gastos.)

Tipo de gasto	Nombre del proveedor	Mes de la prima/ fecha de servicio	Compañía de planes de salud/ proveedor de servicios	Monto
<input type="checkbox"/> Gastos de primas <input type="checkbox"/> Gastos médicos a cargo del afiliado <input type="checkbox"/> Gastos permisibles (solo Medi-Cal)				
<input type="checkbox"/> Gastos de primas <input type="checkbox"/> Gastos médicos a cargo del afiliado <input type="checkbox"/> Gastos permisibles (solo Medi-Cal)				
<input type="checkbox"/> Gastos de primas <input type="checkbox"/> Gastos médicos a cargo del afiliado <input type="checkbox"/> Gastos permisibles (solo Medi-Cal)				
<input type="checkbox"/> Gastos de primas <input type="checkbox"/> Gastos médicos a cargo del afiliado <input type="checkbox"/> Gastos permisibles (solo Medi-Cal)				
Gastos totales:				

FIRMA Y RECONOCIMIENTO

Certifico que la información contenida en esta Solicitud de reembolso es verdadera y exacta. Soy un participante elegible en el programa del Fondo para la atención de la salud de CCPU, estoy inscrito en un plan de salud autorizado y solicito el reembolso de un servicio de atención de la salud cubierto por mi plan de salud autorizado. Entiendo que si apporto información incompleta, falsa o errónea, es posible que mi Solicitud de reembolso se retrase o se deniegue. Acepto indemnizar al Fondo para la atención de la salud de CCPU y al Consejo Directivo y eximirlos de toda responsabilidad por el pago de beneficios basado en información inexacta o falsa, y reembolsar los beneficios que haya recibido por error.

Firma del

Fecha (mm/dd/aaaa)

TIPOS DE GASTOS REEMBOLSABLES

Gastos de primas:

Es el monto que se debe pagar por su plan de salud, que suele abonarse todos los meses.

Gastos médicos a cargo del afiliado:

Gastos médicos a cargo del afiliado: Es su parte de los gastos médicos después de que el Plan de salud autorizado paga su parte de los gastos. Los gastos a cargo del afiliado incluyen coseguro, copagos y deducibles. Este importe nunca incluirá el monto de la prima que supera los gastos cubiertos por proveedores fuera de la red (también conocidos como “gastos facturados”) o gastos de atención de la salud que su plan de salud no cubre.

Gastos permisibles (solo Medi-Cal):

Los gastos permisibles de Medi-Cal son gastos de atención de la salud que no forman parte del plan de salud de Medi-Cal. Los proveedores que tengan Medi-Cal son elegibles para recibir un beneficio de \$100 por mes como reembolso de los gastos permisibles para la atención de la salud. Una lista completa está disponible en el sitio web en www.ccpuhealth.org