

INSTRUCCIONES

Para procesar la solicitud de reembolso, se debe completar el 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 92169

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?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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
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.

Lista de muestra de reembolso de Medi-Cal

Acupuntura	Preparaciones hemorroidales	Atención psiquiátrica
Reguladores de acidez	Servicios hospitalarios	Cirugía reconstructiva
Tratamiento contra el alcoholismo	Insulina	Tratamientos respiratorios
Medicamentos para la alergia y la sinusitis	Gastos de laboratorio	Mastectomía
Ambulancia	Clases de método Lamaze	Somníferos y sedantes
Antidiarreicos	Laxantes	Programa para dejar de fumar (programas/medicamentos)
Productos contra los gases	Tratamientos para la discapacidad de aprendizaje	Terapia del habla
Productos contra la picazón y las picaduras de insectos	Productos para el cuidado durante la menstruación	Esterilización
Tratamientos antiparasitarios	Sostenes especiales para mastectomía	Remedios para el estómago
Pomadas/cremas para el sarpullido en bebés Control de la natalidad	Equipos médicos y reparaciones	Cirugía
Tomografías corporales	Dispositivos de control y análisis médicos	Gastos de traslado (indispensables para recibir atención médica; sujetos a los límites del IRS)
Libros y revistas en braille	Suministros médicos	Vacunas
Sacaleches y suministros para la lactancia	Mareo	Vasectomía
Quiropráctico	Servicios de enfermería	Silla de ruedas
Remedios para la herpes labial	Visitas al consultorio	Gastos de radiografías
Tos, resfriado y gripe	Oxígeno	Ortodoncia Dentaduras postizas
Muletas o bastones	Analgésicos (por ejemplo, aspirina)	Exámenes
Suministros para la diabetes	Exámenes físicos	Extracciones
Servicios de diagnóstico	Terapia física	Rellenos
Productos digestivos	Pruebas de embarazo (sin receta)	Limpieza dental
Tratamiento contra la drogadicción	Medicamentos con receta	Radiografías
Antimicótico/antiprurito femenino	Prótesis Atención psiquiátrica	Lentes de contacto
Mejoras en la fertilidad	Terapia física	Revisiones y lentes
Vacunas contra la gripe	Pruebas de embarazo (sin receta)	Cirugía ocular con láser
Perros guía u otros animales de servicio	Medicamentos con receta	Lentes de lectura (sin receta)
Audífonos y baterías	Prótesis	