

FORMULARIO DE REEMBOLSO DIRECTO AL MIEMBRO (DMR)

Si pagó por servicios que están cubiertos por su plan de atención médica de HPSM, puede pedirle a HPSM que le haga un reembolso. **Envíe este formulario con una declaración de su proveedor que muestre los servicios, el costo y el comprobante de pago de ese mismo costo. Los recibos de la caja registradora y de la tarjeta de crédito no se aceptan como comprobante de compra. No se garantiza el reembolso. Los costos cubiertos se reembolsarán al monto que sea menor: el pago original o la asignación máxima del plan (menos cualquier costo compartido que pueda corresponder).**

Información del miembro (un formulario por paciente y por servicio)

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre		
Medi-Cal	HealthWorx (HMO)			
Número de identificación de miembro de HPSM	CareAdvantage	ACE	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre del proveedor	N.º de teléfono del proveedor			

Motivo de la solicitud (marque todas las opciones que correspondan)

Médico	Emergencia fuera del área	No tenía mi tarjeta de identificación
Dental	Proveedor fuera de la red	Otro: _____

Si HPSM no es su seguro primario y su seguro primario ya pagó el servicio, llene esta sección

Tipo de seguro primario que pagó el servicio. Dental Médico

Nombre de la compañía de seguros primaria

Nombre del miembro/suscriptor primario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) N.º de identificación del miembro/suscriptor primario

Certifico que el paciente que figura en este formulario es miembro de HPSM y que los servicios proporcionados fueron para el paciente mencionado. Asimismo, certifico que los reclamos que se presentan para el pago no son elegibles bajo un programa de seguro automotriz o de compensaciones al trabajador sin culpa. También autorizo la divulgación de toda la información relacionada con este reclamo al administrador del plan, la compañía aseguradora, el titular de la póliza patrocinada o el empleador.

Firma del miembro Fecha

Se rechazarán los reclamos sin la firma del miembro.

Instrucciones especiales:

Los artículos enviados con este formulario deben tener la siguiente información claramente legible o el reembolso podría retrasarse o negarse.

- Nombre y dirección del proveedor
- Servicios provistos con todos los costos asociados y copia del aviso de pago del transportista principal
- Factura detallada de todos los servicios prestados con los costos asociados con comprobante de pago (recibo del proveedor, estado de cuenta de la tarjeta de crédito/débito)

Este formulario y los materiales que lo acompañan pueden enviarse por:

Email: Escanee los documentos y envíelos por email a customersupport@hpsm.org

o bien,

Correo postal: Health Plan of San Mateo
c/o Customer Support
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080