



# Formulario de Solicitud de Reembolso

## INSTRUCCIONES

Para procesar su solicitud de reembolso, este formulario debe completarse, firmarse y devolverse con todos los documentos requeridos. Debe adjuntar una copia de su recibo que muestre el monto en dólares de su solicitud, cuándo se realizó el servicio y cuándo se pagó. La revisión y procesamiento se realizará en un plazo de 30 días después de enviar su solicitud de reembolso.

### Por favor envíe a:

Correo: CCPU Health Care Fund P.O. Box 39100 Los Angeles, CA 90039-0100  
Email: reimbursement@ccpuhealth.org

## INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre	ID del Fondo de Atención Médica CCPU	Número de teléfono
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
¿Es esta una nueva dirección?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

## INFORMACIÓN DEL GASTO (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	Proveedor del plan de salud/proveedor del servicio	Monto
<input type="checkbox"/> Gastos de primas <input type="checkbox"/> Gastos médicos de bolsillo <input type="checkbox"/> Gastos permitidos (solo Medi-Cal)				
<input type="checkbox"/> Gastos de primas <input type="checkbox"/> Gastos médicos de bolsillo <input type="checkbox"/> Gastos permitidos (solo Medi-Cal)				
<input type="checkbox"/> Gastos de primas <input type="checkbox"/> Gastos médicos de bolsillo <input type="checkbox"/> Gastos permitidos (solo Medi-Cal)				
<input type="checkbox"/> Gastos de primas <input type="checkbox"/> Gastos médicos de bolsillo <input type="checkbox"/> Gastos permitidos (solo Medi-Cal)				
<b>Gastos totales:</b>				

## FIRME Y ACEPTE

Doy fe de que la información contenida en esta Solicitud de Reembolso es verdadera y precisa. Soy un participante elegible en el programa Fondo de Atención Médica de CCPU, estoy inscrito en un plan de salud calificado y busco reembolso por un servicio de atención médica cubierto por mi plan de salud calificado. Entiendo que si proporciono información incompleta, falsa o engañosa, mi Solicitud de Reembolso puede retrasarse o denegarse. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Fondo de Atención Médica de CCPU y a la Junta Directiva de cualquier responsabilidad por el pago de beneficios realizado en base a información inexacta o falsa y a reembolsar cualquier beneficio que haya recibido de forma incorrecta.

Firma del proveedor	Fecha (mm/dd/aaaa)
---------------------	--------------------

## CRITERIOS DE RECIBOS ACEPTABLES

1. La fecha del servicio debe figurar y estar en el año actual del plan.
2. La responsabilidad del paciente\* (copago, coseguro, deducible)/bienes adquiridos (prescripciones, equipo médico, etc.) deben figurar en la documentación/recibo\*\* y estar fechados en el año actual del plan.
3. Si se proporciona una Explicación de Beneficios (EOB), también debe incluir el nombre del proveedor como la persona que recibe los bienes/servicios.

## TIPO DE GASTO REEMBOLSABLE

### **Gastos de primas:**

El monto que se debe pagar por su plan de salud, generalmente pagado mensualmente.

### **Gastos médicos de bolsillo:**

Gastos médicos de bolsillo: Su parte de los costos médicos después de que su Plan de salud calificado pague su parte de los gastos. Los costos de bolsillo incluyen coseguro, copagos y deducibles. Este monto nunca incluirá el monto de su prima que exceda el cargo cubierto para proveedores fuera de la red (también llamados “cargos facturados por saldo”) o gastos de atención médica que no están cubiertos en su plan de salud.

### **Gastos permitidos (solo Medi-Cal):**

Los gastos permitidos de Medi-Cal son gastos de atención médica que no forman parte del plan de salud de Medi-Cal. Los proveedores que están en Medi-Cal son elegibles para recibir un beneficio de \$100 por mes para reembolsar los gastos de atención médica permitidos. Una lista completa está disponible en el sitio web en [www.ccpuhealth.org](http://www.ccpuhealth.org)