

Cómo presentar un Formulario de reembolso de reclamo médico

- **Para reembolsos de medicamentos recetados:** NO UTILICE ESTE FORMULARIO.
 - **Miembros comerciales:** Complete el [Formulario de reembolso de medicamentos recetados](#) o llame a la Unidad de Farmacia de CCHP para obtener ayuda al 1-877-661-6230 (opción 3) (TTY 711).
 - **Miembros de Medi-Cal:** Si ha pagado por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cubiertos por Medi-Cal Rx, **NO UTILICE ESTE FORMULARIO**. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY 711).
- **Utilice este formulario únicamente si: ya pagó al proveedor.**
- **Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro de CCHP, al 1-877-661-6230, opción 2 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.**

Pasos:

- 1) Complete Formulario de reembolso de reclamo médico.
- 2) Incluya recibos originales, comprobantes de pago, facturas y recibos. Incluya registros médicos cuando se le solicite.
 - Una factura detallada o factura del proveedor debe incluir:
 - Nombre del paciente
 - Fecha(s) de servicio:
 - Naturaleza de la enfermedad o lesión, incluidos los códigos de facturación médicos y hospitalarios.
 - Los recibos deben incluir:
 - Nombre del paciente
 - Nombre del médico, hospital u otro proveedor
 - Fecha de pago
 - Monto pagado
 - Comprobante de pago
 - Una copia de un cheque cobrado o recibo o estado de cuenta de tarjeta de crédito

Nota: En el caso de un recibo extranjero, el pago se calculará en función de la tasa de conversión en dólares en el momento del servicio.

- 3) Envíe el Formulario de reembolso de reclamo médico completado con copias de la(s) factura(s) o factura(s), recibo(s), comprobante de pago y, si lo solicita, registros médicos, a CCHP.

Puede enviar por correo o entregar los documentos en persona a:

Plan de Salud de Contra Costa (Contra Costa Health Plan)
Servicios al Miembro
595 Center Ave Suite 100
Martinez, CA 94553

O Puede enviar un correo electrónico a Member.Services@cchealth.org. (Sin embargo, tenga en cuenta: Su correo electrónico no es seguro. Use el correo electrónico a su discreción).

Una vez aprobada su solicitud, se le enviará un cheque por correo dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud.

Formulario de reembolso para miembros

SECCIÓN A: Información del miembro (persona que recibió los servicios)

Apellido
segundo nombre

Nombre

Inicial del

Dirección de la casa
Código postal

Ciudad

Estado

Dirección postal Compruebe si es igual que la dirección de la casa

Estado

Código postal

Ciudad

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número de identificación de CCHP

SECCIÓN B: Información requerida para el reembolso

Para evitar retrasos en el procesamiento, **DEBE** proporcionar la siguiente información:

1. **Factura del proveedor:** Una copia de la factura del proveedor o factura emitida.
2. **Recibo:** Una copia del recibo que muestre el monto que pagó.
3. **Comprobante de pago:** Una copia del cheque cobrado o recibo de la tarjeta de crédito.

Fecha(s) de servicio:	
Nombre del proveedor(médico, hospital, servicio de ambulancia, farmacia, laboratorio, etc.)	
Dirección donde se prestó el servicio (dirección del hospital, dirección del médico, etc.)	
Servicios prestados a usted (p. ej., radiografías, visita al consultorio, inyección, receta, etc.)	
Monto facturado	
Monto pagado	

Nota: Todos los documentos e información presentados deben ser legibles o el formulario será devuelto.

SECCIÓN C: Explicación del tratamiento (opcional)

Describa los servicios que recibió. Si recibió servicios de un proveedor que no es un proveedor del Plan de Salud de Contra Costa (CCHP), explique por qué.

¿El paciente fue ingresado en el hospital?

No Sí → En caso afirmativo, envíe los registros médicos. Cuéntenos las fechas a continuación.

Fecha de admisión (mes/día/año): _____ / _____ / _____

Fecha de alta (mes/día/año): _____ / _____ / _____

Nota: Todos los documentos e información presentados deben ser legibles o el formulario será devuelto.

SECCIÓN D: Firma del miembro

- Soy el miembro o representante autorizado (padre/tutor legal si el paciente es menor de edad o dependiente legal).
- Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta a mi leal saber y entender.
- Autorizo la divulgación de toda la información relacionada con los servicios de atención médica que se recibieron en las fechas de servicio indicadas en este formulario. Entiendo que esta información es necesaria para permitir que el Plan de Salud de Contra Costa procese mi reclamo de pago.

Nombre en letra de imprenta

Firma

(_____)

El mejor número de teléfono de contacto
horarios para llamar

Fecha de firma (mes/día/año)

Mejor(es) día(s) de la semana y

Envíe el formulario y los documentos completos por correo, en persona o por correo electrónico

Plan de Salud de Contra Costa (Contra Costa Health Plan)
Servicios al Miembro
595 Center Ave, Suite 100
Martinez, CA 94553

Member.Services@cchealth.org

(Nota: El correo electrónico no es un método seguro. Use el correo electrónico a su discreción).