



Formulario de reembolso de reclamación del afiliado

Favor de escribir con letra de molde o a máquina:

ID de Afiliado: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Dirección de la Casa: _____

Teléfono de la Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha(s) del Servicio/Compra: _____ Cantidad del Pago: _____

Indicar la(s) razón(es) por el pago de desembolso personal por este servicio/artículo:

Firma del Afiliado y/o Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

IMPORTANTE: Favor de incluir una copia del historial médico original y prueba de pago con su solicitud. Para procesar su(s) reclamación(es) de la manera más oportuna, usted debe proporcionar toda la información solicitada.

Favor de enviar por correo o facsímil este formulario firmado a:

CarePlus Health Plans, Inc.

6101 Blue Lagoon Drive, Suite 199, Miami, FL 33126

Atención: Departamento de Servicios para Afiliados

Fax: 1-800-956-4288

Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Para Uso Exclusivo de CarePlus Health Plans, Inc.:

Recibido por: _____ Fecha/Hora: _____

Por Correo Por Fax En Persona Otro _____

Importante: En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo. CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, etnia, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, discapacidad, edad, estado civil, religión o idioma en sus programas y actividades, incluyendo admisión o acceso, o tratamiento y empleo en los mismos. El siguiente departamento ha sido asignado para manejar las consultas acerca de las políticas de no discriminación de CarePlus: Servicios para Afiliados, PO Box 277810, Miramar, FL 33027, 1-800-794-5907 (TTY: 711). Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares sin costo. 1-800-794-5907 (TTY: 711). CarePlus proporciona recursos y servicios auxiliares sin costo, como intérpretes de señas calificados, interpretación remota en video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando los mismos sean necesarios para asegurar la igualdad de oportunidades de participación.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Horario de atención: 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.

