

112 Charles Street New York, New York 10014 (800) 4MY-MAXCARE (800) 469-6292 www.villagecaremax.org

David H. Sidwell Chairman Emma DeVito
President & CEO

See What's Possible When Health Care Gets Personal.

Formulario de reembolso para servicio(s) médico(s)

Por favor llene este formulario si usted pagó de su bolsillo por un/unos servicio(s) o artículo(s) cubierto(s) y usted necesita solicitarle a VillageCareMAX que le reembolse nuestra porción del costo. Usted debe incluir copias de la factura o del reclamo y el recibo de cada pago que usted haya hecho. Si usted quiere recibir más información sobre cómo pedirle a VillageCareMAX que le reembolse, llame a Servicios a Miembros o lea nuestra Evidencia de Cobertura (Capítulo 7, Secciones 1 y 2).

Datos del miembro							
Nom	Nombre: Apellido:						
# ID del miembro de VillageCareMAX:							
Dirección:							
Ciudad:			Estado:		Código postal:		
Teléfono: ()							
Información sobre el servicio							
	Tipo de servicio	Fecha del servicio	Nombre del proveedor	Dirección del proveedor	Teléfono del proveedor	Total pagado	
1.							
2.							
3. 4.							
5.							
6.							
Documentación de apoyo que adjunta							
	Recibo – Comprobante de pago						
☐ Factura o formulario de reclamo del proveedor indicando el diagnóstico y los procedimientos							

Certificación del miembro

Al firmar a continuación, certifico que he pagado la cantidad en dólares indicada para los servicios especificados mientras soy miembro de VillageCareMAX. Además, certifico que los documentos adjuntados a este formulario que muestran los comprobantes de pago son exactos, auténticos y completos. También entiendo que cualquier decisión que tome VillageCareMAX para reembolsarme será la cantidad que el plan tiene la responsabilidad de pagar.

Firma	Fecha:			
Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente informaci				
Nombre:	Teléfono: ()			
Relación con el afiliado:				
Dirección:				

Presentación de la solicitud

Envíenos su solicitud de pago por correo normal, fax o correo electrónico junto con cualquier recibo o factura (si nos envía su solicitud por correo electrónico, le pedimos que adjunte los documentos en formato .PDF). Haga clic en el siguiente enlace para saber cómo guardar un archivo en formato .PDF: https://www.adobe.com/acrobat/online/convert-pdf.html)

Correo: VillageCareMAX 112 Charles Street New York, NY 10014

Fax: 212-337-5711

Correo electrónico: VCMAXmembers@villagecare.org

Si tiene cualquier pregunta o necesita más ayuda para llenar este formulario, sírvase llamar a nuestro Departamento de Servicios a Miembros al 1-800-469-6292 (TTY 711), los 7 días de la semana de 8:00 am a 8:00 pm.

VillageCareMAX es un plan HMO con contratos de Medicare y Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en VillageCareMAX depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-469-6292 (TTY: 711).

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。 請致電 1-800-469-6292 (TTY: 711).