

Formulario de reembolso



Consulte las instrucciones en el reverso del formulario.

NOMBRE DE MIEMBRO

ID DE MIEMBRO

D

FECHA DE PAGO

SERVICIO O ARTÍCULO COMPRADO

CANTIDAD PAGADA

/ /		\$
-----	--	----

TIPO DE COMPRA: Wellness Bucks Atención médica cubierta myFlex

/ /		\$
-----	--	----

TIPO DE COMPRA: Wellness Bucks Atención médica cubierta myFlex

/ /		\$
-----	--	----

TIPO DE COMPRA: Wellness Bucks Atención médica cubierta myFlex

/ /		\$
-----	--	----

TIPO DE COMPRA: Wellness Bucks Atención médica cubierta myFlex

/ /		\$
-----	--	----

TIPO DE COMPRA: Wellness Bucks Atención médica cubierta myFlex

/ /		\$
-----	--	----

TIPO DE COMPRA: Wellness Bucks Atención médica cubierta myFlex

Firma de Miembro

Fecha

Acerca de este formulario

Use este formulario para obtener un reembolso por compras con Wellness Bucks y myFlex y servicios de atención médica cubiertos por los que pagó.

Servicios de atención médica

Si alguna vez paga el costo total de los servicios de atención médica cubiertos por su plan, use el anverso de este formulario para informarnoslo. Le reembolsaremos la parte que cubra su plan. Pagará su parte habitual del costo, como su copago por el servicio.

Wellness Bucks

Puede usar Wellness Bucks de su plan para ciertos artículos de salud y bienestar, como dispositivos de ejercicio, equipos de gimnasia en casa y aplicaciones para meditar. Simplemente use el anverso del formulario para informarnos qué compró.

¿Desea saber cuántos Wellness Bucks tiene o qué artículos o servicios puede comprar con Wellness Bucks? Llámenos. Tenga en cuenta que los miembros del plan Flex no reciben Wellness Bucks.

myFlex

Con nuestro plan Flex, puede usar su beneficio myFlex para pagar ciertos artículos y servicios, como cuidado dental, accesorios ópticos y dispositivos de seguimiento de salud. Si no usó su tarjeta myFlex para realizar una compra, simplemente complete este formulario para informarnos qué compró y le haremos un reembolso.

¿No está seguro de que su compra califique para myFlex? Llámenos. Tenga en cuenta que no puede usar myFlex para copagos y otros costos médicos relacionados con su plan.

¿Preguntas?

1-800-338-6833 TTY 711

Cómo solicitar el pago

1 Qué necesitará

- Un formulario de reembolso completo
- Un comprobante de pago (como una copia de su recibo o cheque cancelado)
- Una copia de su factura que muestre los artículos y servicios que recibió y el costo de cada uno (no es necesario para las compras con Wellness Bucks o myFlex)

Asegúrese de hacer copias de los recibos, cheques cancelados y facturas para que pueda conservar los originales.

2 Dónde enviar toda la documentación

Miembros del plan:

DEVOTED HEALTH
MEMBER REIMBURSEMENTS
PO BOX 211524
EAGAN, MN 55121-2724

Miembros del plan HMO D-SNP:

DEVOTED HEALTH
D-SNP MEMBER REIMBURSEMENTS
PO BOX 211523
EAGAN, MN 55121-2723

Procesaremos su formulario en un plazo de 30 días. Le informaremos si solicita un pago por algo que no esté cubierto por su plan.