

¿CUÁNDO PUEDO SOLICITAR EL REEMBOLSO DE UN ARTÍCULO O SERVICIO MÉDICO?

Si ya pagó por un servicio o artículo cubierto por su plan MetroPlusHealth, puede solicitarnos el pago. Solicitar un reembolso es pedirle a MetroPlusHealth una “decisión de cobertura”.

A continuación presentamos algunos ejemplos de situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso:

- ✓ No tenía su tarjeta de identificación en el momento del servicio y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o artículos cubiertos.
- ✓ Cuando se lo atendió de emergencia o urgencia y recibió atención médica de parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan.
- ✓ Si se lo inscribe de manera retroactiva en nuestro plan y usted pagó desembolsos por cualquiera de los servicios o artículos cubiertos después de la fecha de inscripción.
- ✓ Si es elegible para el reembolso de gimnasio cada seis (6) meses y solicita un reembolso de las cuotas de membresía del gimnasio.

¿CUÁNTO TIEMPO TENGO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE REEMBOLSO DIRECTO?

- ✓ Tiene **365 días** (1 año) a partir de la fecha en que recibió el servicio.

¿CÓMO SOLICITO EL REEMBOLSO DE METROPLUS HEALTH?

Puede solicitar un reembolso escribiendo a MetroPlusHealth o completando el **Formulario de Reembolso Directo para Miembros (Direct Member Reimbursement, DMR)**.

- ✓ No es obligatorio utilizar el formulario; **sin embargo, nos ayudaría a procesar la información con mayor rapidez.**
- ✓ Puede descargar una copia del formulario ya sea de nuestro sitio web (<https://www.metroplus.org/Plans/Medicare/grievance-appeals>) o puede llamar a **Servicios al Miembro al 1.866.986.0356 (TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.)** ay solicitar que le envíen el formulario por correo.
- ✓ **Envíe por correo y firme su solicitud de reembolso junto con el comprobante de pago a esta dirección:**

**MetroPlus Health Plan
Attn: Claims Department
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004**

¿QUÉ DEBO ENVIAR PARA SER REEMBOLSADO Y QUÉ ES “PRUEBA DE PAGO”?

- ✓ Una **factura detallada** del médico que lo trató o el proveedor de servicios que le brindó el servicio.
 - **La factura detallada debe incluir comprobante de su pago al médico o proveedor de servicios** (por ejemplo, número de cheque, recibo de la tarjeta de crédito, número de giro postal o monto pagado en efectivo) **y:**
 1. **La factura detallada debe incluir la(s) fecha(s) de servicio** (cada fecha en que recibió tratamiento);
 2. **Códigos de procedimiento para cada servicio, códigos de diagnóstico, una descripción de cada servicio realizado y la información de contacto del médico o proveedor de servicios** (es decir, credenciales, nombre, dirección, número de teléfono, número de fax, correo electrónico); y
 3. **Número de identificación fiscal del proveedor (NPI o TIN)**
 - **La factura detallada también debe estar firmada y fechada por el médico, el proveedor de servicios o el gerente de la oficina y debe incluir su membrete o logotipo.**
 - **La factura detallada debe incluir un comprobante de pago**, es decir, un recibo de venta con una copia de su cheque o giro postal cancelado (anverso y reverso) o recibo de la tarjeta de crédito que coincida con los montos del servicio facturado en la factura detallada.

¿CUÁN PRONTO ME RESPONDERÁ METROPLUSHEALTH?

- ✓ **Debemos proporcionarle una respuesta por escrito dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de toda la información necesaria de su parte.

¿DE QUÉ SOY RESPONSABLE?

- ✓ **Usted solo debe pagar su monto de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los costos compartidos pueden incluir deducibles, copagos y/o coaseguro según el servicio o artículo y el plan en el que esté inscrito. Le reembolsaremos nuestra parte del costo del medicamento.**

¿QUÉ PASA SI METROPLUSHEALTH NIEGA UNA PARTE DE MI SOLICITUD O TODA MI SOLICITUD?

- ✓ **Si denegamos su solicitud de reembolso, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. Tendrá 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de denegación que le enviamos para apelar nuestra decisión.** Si no cumple el plazo y tiene motivos valederos para hacerlo, es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación.

¿QUÉ SUCEDE SI ME DICEN QUE MI SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA POR FALTA DE INFORMACIÓN?

- ✓ **Tendrá que enviarnos la información que falta para que podamos procesar su solicitud.** Si no nos proporciona esta información dentro de los **60 días calendario** a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de pago, su solicitud será rechazada. Le enviaremos una carta para explicarle los próximos pasos y cómo enviarnos la información que necesitamos para atender su solicitud.

¿QUÉ PASA SI MI SOLICITUD ES RECHAZADA?

- ✓ **Si se rechaza su solicitud de pago, puede enviar una nueva solicitud junto con toda la documentación de respaldo nuevamente a MetroPlusHealth dentro de los 365 días posteriores a la fecha del servicio.** También tiene derecho a solicitar a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) que revise el despido dentro de los **60 días calendario posteriores** a la recepción del aviso de denegación de nuestro plan.