

Presbyterian Turquoise Care Formulario de solicitud de reembolso (repago) de viaje

Si quiere ayuda para llenar este formulario, favor de comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian.

Además nos puede enviar un mensaje por correo electrónico a info@phs.org.

Horario: De las 8:00 de la mañana a las 6:00 de la tarde, de lunes viernes (salvo los días feriados).

Teléfono: (505) 923-5200 Línea telefónica gratuita: 1-888-977-2333 Usuarios de TTY: 711

Favor de llenar este formulario y enviarlo a:

Presbyterian Turquoise Care
P.O. Box 27489
Albuquerque, NM 87125-7489

Reembolso de millaje por viajes dentro de Nuevo México. Antes de su viaje dentro de Nuevo México o de no más que 100 millas de distancia de la frontera de Nuevo México (excluyendo México), usted tendrá que recibir la aprobación (autorización) del Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian. Para conseguir dicha aprobación, favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian.

Tipos de reembolsos

Usted tiene que recibir la aprobación del reembolso del Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian antes de cada viaje. Si usted no recibiera la aprobación previa de Presbyterian antes de su viaje, no le reembolsaremos.

- Favor de enviar recibos originales detallados con este formulario. No deje de hacer copias de sus recibos para futuras consultas.
- Solo le podemos reembolsar si los recibos que nos envíe son legibles y detallados y tienen la fecha.
- Usted dispone de noventa (90) días, a partir de la fecha en que vuelva de su viaje, para solicitar el reembolso.

Le rogamos que nos permita seis (6) semanas para procesar su solicitud y enviarle un cheque. Se enviará el cheque a la dirección que usted indique a continuación. Si Presbyterian Turquoise Care denegara su solicitud de reembolso, recibirá una carta que le explicará por qué se denegó su solicitud. Además la carta le explicará cómo puede apelar la denegación.

Favor de marcar (✓) el tipo de reembolso que usted solicita:

- Reembolso de millaje solo para viajes fuera del estado.** Antes de su viaje fuera del estado, usted tiene que recibir la aprobación del coordinador de viajes de Presbyterian Turquoise Care. *Usted no tiene que enviar recibos para que se le reembolse el millaje fuera del estado.*
- Reembolso de comidas.** Si es necesario que usted viaje fuera de la comunidad donde vive por ocho (8) horas o más para recibir servicios cubiertos, Presbyterian Turquoise Care le reembolsará \$7.20 (o la suma actual que permita el Programa Medicaid) hasta un máximo de tres (3) comidas al día, para cada persona que haya recibido la aprobación del plan.
- Reembolso de provisiones.** Si tiene que dejar la comunidad donde vive por cinco (5) días o más para recibir servicios cubiertos, Presbyterian Turquoise Care le puede permitir comprar provisiones y le reembolsara un promedio de \$7.20 por comida (o la cantidad que permita el Programa Medicaid actualmente) hasta una cantidad máxima de tres (3) comidas al día, por cada persona que se haya aprobado.
 - El formulario de solicitud de reembolso se tiene que entregar en incrementos de cinco (5) días.

- Puede entregar los recibos detallados originales del mercado por una combinación de días, con tal que no sobrepase el máximo que se permite por día. Los recibos no detallados del mercado no se aceptarán ni se reembolsarán.
- Si hay otros artículos en el recibo, no se reembolsarán.
- No se cubren las bebidas alcohólicas, los artículos no alimenticios, los artículos personales, las propinas, el tabaco o los artículos de aseo personal.
- No se reembolsarán los pagos que se hagan con "EBT", "SNAP" o tarjetas de regalo.

Reembolso de alojamiento. El recibo del hotel tiene que indicar las fechas de su estancia y los cobros totales. Presbyterian Turquoise Care pagará la opción de alojamiento más barata que cumpla sus necesidades médicas. Si usted eligiera alojamiento que no haya planeado Presbyterian Turquoise Care, se le reembolsará \$49.61 por cada noche cubierta (o la suma actual que permita el Programa Medicaid). Usted tendrá que pagar toda la diferencia del costo. **NO le reembolsamos artículos como:** estacionamiento, autos alquilados, servicios de transporte que no sean para fines médicos, películas, cobros telefónicos, servicios de habitación, tarifa de entrega de provisiones, cobros de ayudantes que no se hayan aprobado y cualquier otro artículo que no cubra el Programa Medicaid.

Datos del viaje

Fecha del inicio del viaje (mm/dd/aa):	Destino del viaje (ciudad, estado):
Fecha del fin del viaje (mm/dd/aa):	
Número de aprobación del viaje: (Este es el número que le dio el representante de servicio al cliente que aprobó su solicitud de viaje.)	

Datos del asegurado (la persona que recibe los servicios)

Nombre del asegurado (nombre, inicial, apellido) (obligatorio):			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) (obligatorio):	Número de identificación del asegurado (obligatorio):		
Teléfono durante el día:	Otro teléfono:		
Dirección (donde recibe su correo):	Ciudad	Estado	Código postal

Firma del asegurado o de la persona autorizada

Toda persona que a sabiendas presente una demanda de pago falsa o fraudulenta por una pérdida o un beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o de reembolso es culpable de un delito y se le pudieran imponer multas civiles y castigos penales. (Al firmar a continuación, usted afirma que la información que consta en este formulario es verdad y está correcta.)

Nombre del asegurado (en letra de molde)
 (o del tutor legal si el asegurado es menor de edad)

Firma del asegurado (obligatorio)
 (o del tutor legal si el asegurado es menor de edad)

Fecha de hoy
 (mm/dd/aa)

CONFIDENCIAL: INCLUYE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD. La información protegida sobre la salud [*Protected Health Information, PHI*] es información personal y delicada sobre la atención médica que recibe la persona. Se entrega después de haber recibido la autorización debida del paciente/asegurado o conforme a circunstancias que no exigen la autorización del paciente. Usted, el remitente, tiene la obligación de guardarla de manera a salvo, segura y confidencial. Se prohíbe que se divulgue de nuevo sin la autorización adicional del paciente/asegurado, salvo según lo permita la ley. Si se divulgara de nuevo sin autorización, se le pudieran las imponer penas que se describen en las leyes federales y estatales.

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Si necesita ayuda lingüística, están a su disposición dichos servicios sin costo alguno. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted prefiere hablar en español, están a su disposición servicios gratuitos de ayuda lingüística. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódííłnih (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Para más información, visite <https://www.phs.org/pages/nondiscrimination.aspx>.