Formulario de Reembolso Médico por Reintegro por Atención Médica

Instrucciones para solicitar un reembolso por el Plan de Reintegros:

1.Complete íntegramente este formulario para recibir el reembolso de los gastos de bolsillo aptos después de haberlo solicitado ante su plan de atención médica primaria.

2.Envíe el presente formulario y la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o facturas pagas adjuntas a IMG, por correo a:

IMG Claim Dept., PO Box 21605, Eagan, MN 55121
o por correo electrónico seguro a **vistacare@imglobal.com** o por fax seguro al **(855)-851-2971.**

Parte I: Información del socio (En letra imprenta)

Nombre del socio (Apellido/Nombre/inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono diurno: _____

Si su domicilio ha cambiado, visite su cuenta de MyAmeriCorps en **my.americorps.gov/mp/login/** para actualizarla.
Identificación del socio del plan de Reintegros o Nº de Identificación de Participante del Servicio Nacional (NSPID) (como aparece en su tarjeta de identificación): _____

Parte II: Detalles del reembolso del Plan de Reintegros:

Tipo de gasto	**Total abonado** (Combine los gastos)	**Fechas del servicio médico** Cuando combine gastos, use las fechas más antiguas y más actuales de servicio para el grupo de gastos.		**Monto total solicitado**
		Fecha de comienzo:	Fecha de finalización:	
Deducible				
Coseguro				
Copago				
Otros Gastos médicos aptos				
			Monto total por todos los gastos:	

Método de reembolso: ☐ Cheque ☐ Pago ACH (Complete y envíe el Formulario de pago ACH)

Parte III: Certificación del socio para el reembolso

Por medio del presente, certifico lo siguiente:

-La información precedente es correcta.

-No he recibido reembolso por estos gastos anteriormente.

Por medio del presente, autorizo a IMG o a sus representantes a acceder a toda la información necesaria a través de todos los médicos, hospitales, proveedores de servicio médico, farmacéuticos y otros aseguradores para considerar la presente solicitud de reembolso.

Firma del socio: _____ **Fecha:** _____

Declaración de la Ley de Privacidad: Autoridades – Esta declaración se requiere conforme al 42 U.S.C. 4955, Servicios de soporte; 42 U.S.C. 12618, Beneficios autorizados para miembros del Cuerpo; y 45 CFR § 2556.320 - ¿Cuáles beneficios se podrían recibir un miembro de VISTA mientras se participa en servicio de VISTA? Propósitos – Se requiere para administrar y evaluar a los programas de beneficios de cuidado de salud brindados a los Miembros de VISTA, NCCC, y FEMA Cuerpo. Usos de Rutina – Usos rutinarios de esta declaración puede incluir la divulgación a (1) proveedores de cuidado de salud y compañías de seguros para rendir servicios de cuidado de salud y coordinar a los pagos de aquéllos, (2) los contratistas para ayudar a llevar a cabo la administración de los beneficios de cuidado de salud, y (3) las agencias federales, estatales, o locales conforme a los pedidos autorizados por la ley. Consecuencias de no divulgar – Este requisito es voluntario, no obstante, si usted decide no proveer la información es probable que se afectará el rendimiento de los beneficios de cuidado de salud.

Aviso de Comunicación Electrónica y Privacidad: Favor de entregar estos documentos de manera segura, tal como por correo electrónico encriptado o por facsímile. Si decide entregar la información por correo electrónico no seguro, usted será responsable por interceptaciones ilegales o pérdida de datos que se efectúe debido a su decisión. Para proteger a sus datos personales, recomendamos que considere cualesquier opciones del envío de correo electrónico seguro o confidencial/encriptado ofrecidas por su proveedor de servicio de correo electrónico. También usted puede considerar el proteger de sus documentos por contraseña y enviar la contraseña por distinto correo electrónico.