



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 88506, Indianapolis, IN 46208-0500

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 N° de Identificación de Participante del Servicio Nacional (NSPID) (como aparece en su tarjeta de identificación): \_\_\_\_\_

Parte II: Detalles del reembolso del Plan de Reintegros:

Table with 5 columns: Tipo de gasto, Total abonado, Fechas del servicio médico (subdivided into start and end dates), Monto total solicitado, and a total row for all expenses.

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: \_\_\_\_\_