



## Formulario de Reembolso Directo al Miembro Servicios Médicos

Favor de usar este formulario para las solicitudes de reembolsos médicos que tenga.

Nombre del miembro:
Fecha de nacimiento del miembro:
Número telefónico del miembro:
Dirección postal del miembro:
Número de identificación del plan médico:

Tipo de servicios recibidos: (Ejemplo: Servicios de emergencia)

\_\_\_\_\_

Cantidad que se espera que se reembolse: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

Solicitante del reembolso:

Miembro  Familiar  Amigo  Representante legal

Si esta solicitud la hace alguien distinto al miembro, favor de aportar la información solicitada a continuación, rellenando los espacios en blanco: Nombre: _____ Número telefónico: _____ Dirección postal: _____
--

(Favor de advertir que toda solicitud de reembolso que no haga el miembro debe presentarse con los documentos legales correspondientes para poderse tramitar).

### Documentos necesarios para que se tramite su solicitud:

- Constancia de pago (recibo del médico, estado de cuenta de la compañía de tarjeta de crédito y factura, cheque anulado)  
 Historia clínica  Cuenta desglosada

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Favor de enviar por correo la solicitud de reembolso a:**

Leon Health Inc.,  
Attn: Claims Department  
P.O. Box 668230  
Miami, FL 33166

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 305-541-5366 or toll-free at 1-844-969-5366 (TTY 711), seven days a week from 8:00 am to 8:00 pm. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro Departamento de Servicios a Miembros al 305-541-5366 o gratuitamente al 1-844-696-5366, (TTY 711), los siete días de la semana de 8:00 am a 8:00 pm. Leon Health, Inc. es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato.

CÓDIGO