

Formulario de solicitud de reembolso de gastos de viaje relacionados por transporte

Use este formulario para solicitar el reembolso de gastos de viaje relacionados por transporte elegibles. Proporcione la información que se solicita a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al número de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de Blue Shield Promise.

Información del miembro/donante

Nombre _____ Apellido _____
ID de suscriptor (si es miembro) o N.º de Seguro Social (para no miembro) _____
Fecha de nacimiento _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número de teléfono _____
Correo electrónico _____

Información del asistente (si corresponde)

Nombre _____ Apellido _____
ID de suscriptor (si es miembro) o N.º de Seguro Social (para no miembro) _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número de teléfono _____
Correo electrónico _____

Información sobre el servicio

Nombre y número de teléfono del médico que prestó el servicio: _____
Finalidad de la visita (elijá todas las que correspondan):
 Consulta Tratamiento Cirugía Seguimiento Preoperatorio Postoperatorio
Fecha(s) de servicio: _____
¿Tenía un asistente?
 sí no
¿El asistente fue aprobado por su médico? Si tiene una nota firmada del médico que hizo el pedido, proporcione una copia. sí no
Duración del viaje: Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Presente todos los recibos para cada día por el que está solicitando un reembolso. El reembolso será de hasta el monto máximo diario del IRS por persona. Si se aprueba el reembolso del millaje, el reembolso está basado en la tarifa de millaje médico del IRS.

Transporte (si corresponde):

Millaje:

Total adeudado por el asistente _____

Estacionamiento:

Total adeudado por el miembro/el donante _____ Total adeudado por el asistente _____

Peajes:

Total adeudado por el miembro/el donante _____ Total adeudado por el asistente _____

Otro: _____

Total adeudado por el miembro/el donante _____ Total adeudado por el asistente _____

Alojamiento (si corresponde):

Total adeudado por el miembro/donante _____ Total adeudado por el asistente _____

Comidas (si corresponde):

Total adeudado por el miembro/el donante _____ Total adeudado por el asistente _____

Otro (si corresponde): _____

Total adeudado por el miembro/el donante _____ Total adeudado por el asistente _____

Firma del miembro/donante: _____

Marque con una cruz si es padre/madre/tutor de un menor.

Nombre del miembro/donante en letra imprenta: _____ Fecha: _____

Envíe este formulario y todos los recibos a:

Attn: Reimbursement Dept.
3840 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90806

Fax: 323.889.5049

Attn: Reimbursement Dept.

Blue Shield of California Promise Health Plan is contracted with L.A. Care Health Plan to provide Medi-Cal managed care services in Los Angeles County. You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, or audio. The call is free. Medi-Cal (Los Angeles) Customer Care: **(800) 605-2556 (TTY: 711)**, 8:00 a.m. to 6:00 p.m., Monday through Friday. Medi-Cal (San Diego) Customer Care: **(855) 699-5557 (TTY: 711)**, 8:00 a.m. to 6:00 p.m., Monday through Friday.