



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, rellorando 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