

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE COPAGOS

Para el periodo desde el 1 de enero de 2014 hasta el 30 de noviembre de 2015, solo tiene que someter una solicitud en o antes del 31 de enero de 2016. Para trimestres subsiguientes, la solicitud debe ser sometida no más tarde de 2 meses calendario después del final del trimestre. Todas las solicitudes serán investigadas no más tarde de 4 meses luego de que culmine el trimestre (o 4 meses después del 30 de noviembre de 2015, en el caso de solicitudes para los trimestres desde el 1 de enero de 2014 hasta el 30 de noviembre de 2015). Una respuesta escrita a esta solicitud será enviada a más tardar 15 días después de la fecha límite del período de investigación. Solo se emitirán reembolsos de \$5.00 o más. Reembolsos menores podrán ser acumulados hasta por 2 años.

**LOS ENCASILLADOS CON ASTERISCO * TIENEN QUE ESTAR LLENOS
PARA PODER PROCESAR LA SOLICITUD.**

* Nombre completo del beneficiario:

Trimestre para el cual solicita reembolso:

Aseguradora:

* Número de contrato (MPI):

* Dirección postal (Escriba claramente):

* Teléfono (s): ()
()

PARA DEPÓSITO DIRECTO, INDICAR:

Institución Financiera (Banco):

de Ruta y Tránsito:

--	--	--	--	--	--	--	--

de Cuenta:

Explique por qué entiende que se excedió del límite de copagos establecido para su unidad familiar. Incluya información sobre el límite que le aplica y los copagos que ha realizado. Recuerde que el límite aplica en forma trimestral (3 meses) a partir de la fecha de efectividad de su elegibilidad. Esto no es necesario para procesar su solicitud, pero se puede utilizar como referencia y pueden acelerar el reembolso, si alguno. (Si es necesario, adjunte hojas adicionales - incluir nombre del beneficiario y su número de contrato o MPI en cada hoja).

AUTORIZACIÓN Y ADVERTENCIA LEGAL

*Yo, _____ autorizo a la Administración de Seguros de Salud (ASES), a que realice la que realice la investigación correspondiente para atender esta solicitud, la cual podrá incluir información de salud protegida por leyes federales y estatales. Estoy consciente de que ofrecer información falsa con el propósito de obtener un beneficio constituye fraude al Programa Medicaid y puedo ser referido a las autoridades pertinentes para ser procesado.

* **Firma del Beneficiario**

* **Fecha**

Firma del Testigo (si es necesario)

Nombre del Testigo

Para uso exclusivo de ASES / Programa Medicaid

Por Correo: Enviar formulario a:

Persona que recibe la solicitud:

ASES – Servicios al Cliente
PO Box 195661
San Juan, PR 00919-5661

Fecha radicada:

Por Fax: Enviar formulario a:

787-474-3347