

Revise estas instrucciones cuidadosamente antes de enviar su solicitud de reembolso. Debe completar todos los campos del formulario y adjuntar la documentación requerida.

Plan de Commonwealth Care Alliance (CCA)

Si no sabe exactamente en qué plan de salud está inscrito, mire la esquina superior derecha de su tarjeta de identificación de miembro de CCA. Los miembros de todos los planes de CCA (MA y RI) pueden usar este formulario.



Tipo de servicio

Revise su Evidencia de Cobertura/Manual para Miembros para confirmar que los servicios o suministros para los que solicita el reembolso estén cubiertos por su plan de salud de CCA. Si nos solicita que le reembolsemos servicios o suministros que no están cubiertos por su plan, es posible que se rechace su solicitud. Consulte la tabla adjunta para obtener más información.

Información requerida

Necesitamos su información para revisar su solicitud. Asegúrese de incluir de quién y cuándo recibió los servicios o suministros. Describa en detalle los servicios que recibió. Consulte la tabla adjunta para obtener más información.

Para reembolsos de transporte: Incluya la fecha, el nombre del proveedor que visitó y las direcciones completas de las ubicaciones de recogida y llegada.

Comprobante de pago

Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben incluir:

- Lugar y fecha de compra
- Monto total pagado y método de pago
- Artículos/servicios que se reembolsarán
- Para servicios: proveedor y fecha de servicio

El recibo o la factura deben incluir códigos de diagnóstico y procedimientos. Si no tiene una factura detallada disponible, puede enviar un extracto del proveedor en papel con membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados o tarjetas de regalo, o tarjetas de débito prepagas. CCA no reembolsará los cupones.

Tipo de servicio	Ejemplo	Cobertura de los planes de Massachusetts	Cobertura de los planes de Rhode Island
Servicios médicos y de salud conductual	Gastos de bolsillo pagados para una visita al médico.	Los servicios médicos pagados del bolsillo deben estar cubiertos por su plan para ser elegibles para el reembolso. Consulte el Manual para Miembros o la Evidencia de Cobertura para obtener información detallada sobre sus beneficios cubiertos.	
Servicios dentales	Gastos de bolsillo pagados para el reemplazo de dentaduras postizas.	Los servicios dentales pagados del bolsillo deben estar cubiertos por su plan para ser elegibles para el reembolso. Consulte el Manual para Miembros o la Evidencia de Cobertura para obtener información detallada sobre sus beneficios cubiertos.	
Equipos y suministros	Gastos de bolsillo pagados para un bastón.	Los equipos/suministros médicos pagados del bolsillo deben estar cubiertos por su plan para ser elegibles para el reembolso. Consulte el Manual para Miembros o la Evidencia de Cobertura para obtener información detallada sobre sus beneficios cubiertos.	
Servicios de emergencia en todo el mundo	Gastos de bolsillo pagados para una visita a la sala de emergencias en la República Dominicana.	Los servicios de emergencia en todo el mundo pagados del bolsillo deben estar cubiertos por su plan para ser elegibles para el reembolso. Consulte el Manual para Miembros o la Evidencia de Cobertura para obtener información detallada sobre sus beneficios cubiertos.	
Apoyo de un cuidador	Un cuidador lo acompañó a una visita al médico.	Senior Care Options de CCA Sin cobertura.	CCA Medicare Maximum Sin cobertura.
		CCA One Care Sin cobertura.	
		Medicare Preferred de CCA Sin cobertura.	
		Medicare Value de CCA Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los montos de reembolso. No se requiere comprobante de pago para las solicitudes de reembolso de apoyo de un cuidador.	

Encuentre su Evidencia de Cobertura/Manual para Miembros en nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros de CCA, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos).

Los miembros de CCA en Massachusetts deben llamar al: 866-610-2273 (TTY 711) www.ccama.org

Los miembros de CCA en Rhode Island deben llamar al: 833-346-9222 (TTY 711) www.ccari.org

Tipo de servicio	Ejemplo	Cobertura de los planes de Massachusetts	Cobertura de los planes de Rhode Island
Healthy Savings Artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) aprobados por Medicare	Gastos de bolsillo pagados para Tylenol.	Senior Care Options de CCA Los artículos de Healthy Savings pagados del bolsillo deben estar cubiertos por su plan para ser elegibles para el reembolso. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información detallada sobre sus beneficios cubiertos.	CCA Medicare Maximum Los artículos de Healthy Savings pagados del bolsillo deben estar cubiertos por su plan para ser elegibles para el reembolso. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información detallada sobre sus beneficios cubiertos.
		CCA One Care Sin cobertura.	
		Medicare Preferred de CCA Los artículos de Healthy Savings pagados del bolsillo deben estar cubiertos por su plan para ser elegibles para el reembolso. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información detallada sobre sus beneficios cubiertos.	
		Medicare Value de CCA Los artículos de Healthy Savings pagados del bolsillo deben estar cubiertos por su plan para ser elegibles para el reembolso. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información detallada sobre sus beneficios cubiertos.	
Acondicionamiento físico/ bienestar	Gastos de bolsillo pagados para servicios como: <ul style="list-style-type: none"> • Cuotas de membresía en gimnasios o centros de acondicionamiento físico • Clases de gimnasia • Programa de control de peso • Rastreador de actividad (p. ej., Fitbit) • Actividad de acondicionamiento físico de la memoria • Programa de bienestar aprobado 	Senior Care Options de CCA Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los montos de reembolso.	CCA Medicare Maximum Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los montos de reembolso.
		CCA One Care Sin cobertura.	
		Medicare Preferred de CCA Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los montos de reembolso.	
		Medicare Value de CCA Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los montos de reembolso.	

Encuentre su Evidencia de Cobertura/Manual para Miembros en nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros de CCA, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos).

Los miembros de CCA en Massachusetts deben llamar al: 866-610-2273 (TTY 711) www.ccama.org

Los miembros de CCA en Rhode Island deben llamar al: 833-346-9222 (TTY 711) www.ccari.org

Tipo de servicio	Ejemplo	Cobertura de los planes de Massachusetts	Cobertura de los planes de Rhode Island
Transporte	<p>Gastos de bolsillo pagados para un viaje en taxi desde y hacia el consultorio de un médico.</p> <p>Nota: Ingrese toda la información del viaje en su formulario de reembolso, lo que incluye: fecha, nombre del proveedor que visitó y direcciones completas de las ubicaciones de recogida y llegada.</p> <p>Ejemplo: Viaje hasta la Dra. Mary Roberts. Desde 123 North St., Boston, MA hasta 345 Main St., Boston, MA.</p> <p>Viaje a casa desde la Dra. Mary Roberts. Desde 345 Main St., Boston, MA hasta 123 North St., Boston, MA.</p>	<p>Senior Care Options de CCA Un reembolso por miembro de por vida para viajes a un destino cubierto.</p>	<p>CCA Medicare Maximum Sin cobertura.</p>
		<p>CCA One Care Un reembolso por miembro de por vida para viajes a un destino cubierto.</p>	
		<p>Medicare Preferred de CCA Sin cobertura.</p>	
		<p>Medicare Value de CCA 50 % de coseguro, hasta el monto máximo de reembolso. Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los montos de reembolso. Ejemplo: Si su monto máximo de reembolso es de \$32:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si paga \$24 por un viaje, recibirá \$12 de reembolso. • Si paga \$80 por un viaje, recibirá \$32 de reembolso. 	
Entrega de comidas	<p>Un proveedor de la red de CCA le entregó las comidas en su domicilio después de que regresó a su hogar tras una estadía en el hospital.</p>	<p>Senior Care Options de CCA Sin cobertura.</p>	<p>CCA Medicare Maximum Sin cobertura.</p>
		<p>CCA One Care Sin cobertura.</p>	
		<p>Medicare Preferred de CCA Sin cobertura.</p>	
		<p>Medicare Value de CCA 50 % de coseguro, hasta el monto máximo de reembolso. Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los montos de reembolso. Ejemplo: Si su monto máximo de reembolso es de \$6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si paga \$10 por comida, recibirá \$5 por comida de reembolso. • Si paga \$15 por comida, recibirá \$6 por comida de reembolso. 	

Encuentre su Evidencia de Cobertura/Manual para Miembros en nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros de CCA, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos).

Los miembros de CCA en Massachusetts deben llamar al: 866-610-2273 (TTY 711) www.ccama.org

Los miembros de CCA en Rhode Island deben llamar al: 833-346-9222 (TTY 711) www.ccari.org



FORMULARIO DE REEMBOLSO

Presente este formulario junto con el comprobante de pago para solicitar el reembolso de los gastos de bolsillo.

Por correo postal: Commonwealth Care Alliance Member Services Department
30 Winter Street, Boston, MA 02108

Por fax: 617-426-1311 **Por correo electrónico:** memberservices@commonwealthcare.org

Plan de CCA

Seleccione el plan de salud de CCA del que sea miembro:

- Senior Care Options de CCA CCA One Care CCA Medicare Maximum
 Medicare Preferred de CCA Medicare Value de CCA

Tipo de servicio

Seleccione el servicio o artículo para el que solicita el reembolso:

- Servicios de salud conductual/médicos Servicios dentales Equipos/suministros
 Servicios de emergencia en todo el mundo Servicios de transporte* Healthy Savings
 Servicios de acondicionamiento físico/bienestar Apoyo de un cuidador** Entrega de comidas

**No se necesita comprobante de pago.

Información requerida

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____
Id. de miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Proveedor de servicios/suministros: _____ Fecha(s) de servicio: _____

Use el reverso u otra hoja de papel para incluir cualquier información adicional si es necesario.

Describa el servicio o los artículos que recibió. **En el caso del servicio de transporte, incluya toda la información de los viajes. Ejemplo: Visita a la Dra. Mary Roberts. Viaje desde 123 North St., Boston, MA hasta 345 Main St., Boston, MA*

Comprobante de pago

Incluya un comprobante de pago Y un recibo detallado. Seleccione su comprobante de pago:

- Recibo con factura detallada Recibo con el extracto en papel con membrete

La firma es obligatoria.

Doy fe de que la información es precisa y está completa:

Firma: _____ Fecha: _____