



# Solicitud de Reembolso para Servicios de Atención Médica

## INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO

1. La solicitud de reembolso debe ser presentada dentro de 180 días a partir de la fecha en la que recibió el servicio médico. El reembolso de los cargos aprobados será enviado por correo dentro de 30 días de haber recibido la documentación requerida. copagos y/o coaseguros autorizados se deducirán del monto del reembolso final.
2. Solo los beneficios aprobados por su seguro serán considerados para reembolso.
3. El paciente solicitante del reembolso deberá firmar esta solicitud. Si el paciente es menor de 18 años de edad, la solicitud deberá ser firmada por el padre o tutor.
4. Envíe su solicitud completa junta con los siguientes documentos a MediExcel Health Plan. Favor de guardar copias de sus documentos para su récord.
  - Estado de Cuenta – Estado de cuenta detallado de parte del proveedor(es) del servicio. Si el proveedor es de México, favor de incluir copia de la factura. Pida la factura a nombre de “**Medi-Excel, SA de CV con RFC MED091108FY4**” y la dirección oficial, “**Avenida Paseo de Los Héroes 2507, Zona Rio Tijuana, Baja California 22320.**” (Nota: bajo las leyes mexicanas, todo negocio [incluyendo proveedores de servicios médicos] se les requiere dar factura a sus clientes por toda transacción financiera. La factura es el documento oficial el cual es utilizado por toda entidad comercial en México para reportar el ingreso a Hacienda y Crédito Mexicano (IRS)).
  - Prueba de Pago – recibo detallado, frente y vuelta de cheque cancelado, estado de cuenta de tarjeta de crédito, declaración firmada del pago en efectivo. (Para medicamentos que requieren receta médica favor de incluir la etiqueta del medicamento con el nombre del medicamento y la dosis.)
  - Documentación de respaldo - informe médico de la visita, copia de la, orden de laboratorio y/u orden de rayos x.
5. Favor de entregar documentos requeridos en persona, por correo electrónico, o por correo aéreo a:

MediExcel Health Plan - Attention Claims

750 Medical Center Ct., Suite 2 | Chula Vista, CA 91911 | (619) 421-1659 | [claims@mediexcel.com](mailto:claims@mediexcel.com)

## INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	Número de Miembro #	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número Telefónico o Correo Electrónico			
¿La atención recibida fue a causa de un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿La atención recibida fue por un accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## PADRE/TUTOR – COMPLETE ESTA SECCION SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Apellido	Nombre	Número de Miembro #
----------	--------	---------------------

## INFORMACION DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor	Número Telefónico del Proveedor
Dirección Completa del Proveedor	
Brevemente Describa la Atención Recibida de este Reembolso:	
Monto Pagado al Proveedor:	Tipo de Pago <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Efectivo (requiere declaración firmada)

## DECLARACION DE CERTIFICACION

Certifico que la información anterior es cierta y correcta, que el material adjunto no ha sido alterado y que los gastos mencionados en este formulario han sido incurridos por el paciente anteriormente nombrado. Comprendo que todos los documentos presentados junto con esta solicitud, se convierten en propiedad de MediExcel Health Plan y no serán regresados. Entiendo que, si presento recibos falsos o documentos fraudulentos, podre ser expulsado de MediExcel Health Plan y sujeto a sanción civil o criminal. **Residentes de California:** Para su protección, las leyes de California exigen que el siguiente enunciado aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro, es culpable de un delito y estará sujeta a multas y encarcelamiento dentro del estado. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para revisar o procesar esta solicitud.

Firma del Paciente (o del Padre/Tutor si el Paciente es Menor de Edad)

Fecha

MediExcel Health Plan Use Only

Date Processed:

Processed By:

Approved By: