HealthSCOPE BENEFITS

Formulario de Reembolso de Aplicaciones Móviles para la Administración de Anticonceptivos

Este formulario debe usarse únicamente para el reembolso de las aplicaciones móviles aprobadas por la Administración Federal de Medicamentos (Federal Drug Administration, FDA) y descargadas para la administración de anticonceptivos, según las normas federales.

Se puede usar este formulario para solicitar el reembolso por la compra de la aplicación que ha sido autorizada por la Administración Federal de Medicamentos.

- Este formulario es para el reembolso mensual o anual por la aplicación de administración de anticonceptivos autorizada por la Administración Federal de Medicamentos que usted compró.
- Escriba sus respuestas en letra de molde y con tinta negra o azul.
- Incluya un comprobante de pago (como un recibo pagado) que indique el nombre de la aplicación junto con este formulario llenado. Si no recibimos la información necesaria, su solicitud no se procesará.
- Envíe el formulario llenado y el comprobante de pago a la dirección que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID del plan de salud.

Información de contacto del suscriptor o titular de la póliza

Nombre completo del miembro o titular de la póliza _____

ID de miembro _____ N.º de plan/grupo _____

Fecha de nacimiento ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es esta una nueva dirección? ◯ Sí ◯ No

Número de teléfono ___-___-_____ Dirección de correo electrónico _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Información sobre su compra de la aplicación

¿Es este un reembolso de la tarifa mensual o de la tarifa anual? _____

Fecha(s) de compra ___/___/_____ (MM DD AAAA) ___/___/_____ (MM DD AAAA) ___/___/_____ (MM DD AAAA)

Cantidad total presentada para reembolso $ _____

(Continúa)

Firma del miembro

Firma _____ Fecha ___/___/_____
MM DD AAAA

Al haber firmado anteriormente, indico que la información en este formulario es correcta. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo que contenga una declaración falsa o información falsa, incompleta o engañosa podría ser culpable de un hecho delictivo punible en virtud de la ley y podría estar sujeta a sanciones civiles.

¿Listo para enviar el formulario llenado?

Envíe el formulario llenado y el comprobante de pago a la dirección que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID del plan de salud.

Antes de enviar este formulario, asegúrese de que haya hecho lo siguiente:

- Ha llenado y firmado el formulario
- Ha incluido un comprobante de pago, como un recibo pagado
- Ha guardado una copia de todo lo que nos vaya a enviar

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.

*****DETÉNGASE AQUÍ*****

Para uso interno únicamente:
Código de diagnóstico: Z30.8
Lugar del servicio: 10
Código de HCPCS: A9293
ID fiscal - 999999993
Unidades: 1

UMR℠
A UnitedHealthcare Company

© 2025 United Healthcare Services, Inc. UMF0031-HSB-SP 0225 UA
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin autorización.