

Reembolso de la tarjeta de beneficios flexibles

Formulario e instrucciones

¿Qué incluye su tarjeta de beneficios flexibles?

La tarjeta de beneficios flexibles es una tarjeta Mastercard® precargada con asignaciones trimestrales o anuales correspondientes a sus beneficios complementarios, como artículos de venta libre (Over The Counter, OTC) y artículos de acondicionamiento físico.

Si olvidó su tarjeta de beneficios flexibles o tuvo dificultades para usarla, envíe este formulario de reembolso completo a Mass General Brigham Health Plan, junto con sus recibos detallados. Revisaremos su solicitud y le reembolsaremos en función de la asignación de su plan, sujeto al beneficio aplicable según se describe en su Manual para miembros de SCO, también conocido como Evidencia de cobertura.

Visite MGBAdvantageotc.org o llame al **855-345-4759 (TTY 711)** para obtener información sobre el saldo de su cuenta de la tarjeta de beneficios flexibles.

¿Cómo solicito el reembolso de mi tarjeta de beneficios flexibles?

Mass General Brigham Health Plan debe recibir las solicitudes de reembolso de los artículos cubiertos durante el año de beneficios a más tardar el 31 de marzo del año siguiente. Hay tres formas de enviar su formulario de solicitud:

Envíelo por correo o fax

Complete el formulario que se encuentra en el reverso de este folleto, junto con sus recibos detallados, y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Mass General Brigham Health Plan
Attention: SCO Claims
399 Revolution Drive, Suite 875
Somerville, MA 02145

No confirmaremos la recepción del formulario. El procesamiento demora hasta 60 días.

También puede enviar su formulario de solicitud por fax al **617-526-1905**.

Envíelo a través de nuestro Portal para miembros

La forma más conveniente de solicitar su reembolso es en nuestro Portal para miembros en Member.MGBHP.org.

- Complete su formulario en línea.
- Confirmaremos la recepción del formulario en el momento.

El procesamiento demora hasta 60 días.

MGBAdvantage.org/SCO

H0777_0109PDT_C

Mass General Brigham SCO (Senior Care Options) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

15798-1225-00

Formulario de solicitud de reembolso de la tarjeta de beneficios flexibles

Información del miembro

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Núm. de identificación del miembro (ubicado en el frente de la tarjeta de identificación de Mass General Brigham Health Plan)		

¿A qué beneficio(s) corresponde el reembolso que solicita?

Marque todas las opciones que correspondan y proporcione el monto de la compra, la fecha de compra y el nombre del comercio. Si tiene varios artículos, proporcione el monto total aquí y enumere los artículos (y costos) individuales en el espacio debajo de su firma. Incluya recibos detallados que coincidan con cada reclamación realizada.

Medicamentos y suministros de venta libre	Monto de la compra:	Nombre del comercio/minorista: Descripción de los artículos: Monto de los artículos:	Fecha:
Acondicionamiento físico	Monto de la compra:	Nombre del comercio/minorista: Descripción de los artículos: Monto de los artículos:	Fecha:

Tenga en cuenta lo siguiente:

- El plazo límite para solicitar el reembolso de la tarjeta de beneficios flexibles para cada año calendario es el 31 de marzo del año siguiente. Una vez que se valide el reembolso, los fondos se deducirán del saldo de la asignación de beneficios correspondiente al trimestre en que se compraron los artículos.

Certificación/autorización

El miembro debe firmar y e indicar la fecha a continuación. El reembolso de la tarjeta de beneficios flexibles está sujeto a aprobación. Mass General Brigham Health Plan se reserva el derecho de solicitar información adicional con el fin de procesar la solicitud de reembolso.

A mi leal saber y entender, mis declaraciones en el Formulario de solicitud de reembolso de la tarjeta de beneficios flexibles de Mass General Brigham Health Plan están completas y son verdaderas. Solicito el monto de cobertura que se indica en mi Manual para miembros, también conocido como Evidencia de cobertura.

Firma del miembro de Mass General Brigham Health Plan

Fecha

Marque si el formulario se completó mediante una Designación de representante.