

Puede usar este formulario si tiene costos médicos o de farmacia que pagó usted mismo. Es posible que Nebraska Medicaid pueda reembolsarle estos costos.

Puede completar y enviar este formulario y copias de los documentos requeridos para averiguar si es elegible para el reembolso. Este formulario también se puede enviar si su proveedor no puede enviar la información de gastos directamente a Nebraska Medicaid.

Escriba claramente y recuerde firmar y fechar este formulario antes de enviarlo a Nebraska Medicaid.

Información de miembro

Número de identificación de Medicaid (en su tarjeta de Medicaid)	Nombre	Fecha de nacimiento	
Calle/dirección postal	Ciudad	Estado	Cremallera
Número de teléfono	Correo electrónico		

Información de gastos

Nombre del Proveedor(es) o Farmacia(s)	Fecha(s) de servicio	Monto Total Pagado por el Miembro a Reembolsar
Dirección del Proveedor(es) o Farmacia(s)		

Descripción/Explicación de la(s) reclamación(es) o recibo(s) (Adjunte un documento por separado si necesita espacio adicional, incluya también los recibos)

Firma

Las declaraciones y archivos adjuntos anteriores son verdaderos y completos a mi leal saber y entender.

Firma	Fecha
-------	-------

Lista de verificación de los documentos requeridos

- Recibo de gastos médicos o de farmacia: Incluya una copia de su recibo por cada gasto médico o de farmacia. Este recibo debe incluir:
 - o Nombre del paciente
 - o proveedor del servicio
 - o Descripción de los servicios
 - o Fecha(s) de servicio o fecha en que se surtió la receta
 - Para gastos farmacéuticos, deberá solicitar su historial de recetas médicas a su farmaceuta por el período de tiempo que sea elegible para recibir un reembolso. Una copia del documento completo deberá ser sumi nistrada en su solicitud de reembolso.
 - o Monto pagado por el afiliado por cada servicio
 - o Prueba de que se pagaron los cargos
- Formulario de inscripción ACH W-9 del estado de Nebraska
 - o <https://dhhs.ne.gov/Pages/Medicaid-Reimbursement.aspx>

Instrucciones

El departamento puede tardar hasta 90 días en procesar su solicitud de pago. Las solicitudes incompletas pueden tardar más.

Puede enviar una copia de sus solicitudes de reembolso y los documentos necesarios a la dirección que se indica a continuación o enviarlos por fax al 402-742-2692. Conserve los documentos originales para sus registros.

Unidad de Reclamos de Medicaid
División de Medicaid y Cuidado a Largo Plazo
Departamento de Salud y Servicios Humanos
Atención: Reembolso de miembros
apartado de correos 95026
Lincoln, NE 68509-5026

Las solicitudes de reembolso también se pueden enviar a DHHS.PHEIssueSupport@nebraska.gov .

¿Preguntas?

Llame a ACCESS Nebraska de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm al:

- Llamadas locales a Lincoln: (402) 473-7000
- Llamadas locales a Omaha: (402) 595-1178
- Toll-Free: (855) 632-7633
- TDD: (402) 471-7256

Correo electrónico:

DHHS.PHEIssueSupport@nebraska.gov