

Formulario de Medicaid para reembolso de millaje



Usted puede solicitar reembolso por traslados a centros de salud.

¿Qué me pueden reembolsar?

Puede pedir reembolso por traslados ocurridos en los últimos 365 días calendario a centros de salud, como por ej., viajes a consultorios de prestadores médicos, a la farmacia y a citas para servicios cubiertos, como fisioterapia. El reembolso se calcula teniendo en cuenta el domicilio que Priority Health tiene registrado para usted, según documentación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (*Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS*), y su destino.

¿Existe algún requisito?

Para ser acceder al reembolso, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- El traslado debe haber ocurrido en los últimos 365 días calendario.
- El traslado normalmente tiene un costo monetario.
- Usted fue al centro más cercano, a menos que tuviera la aprobación para ir a uno más alejado.
- El vehículo utilizado tenía seguro para automóviles válido y al día.
- El conductor tenía una licencia legal para conducir el vehículo.
- Usted no recibió ningún otro tipo de pago por este viaje.
- Ningún otro afiliado de Medicaid está pidiendo un reembolso por el mismo traslado.

¿Me pueden reembolsar por un viaje gratuito?

El reembolso no está disponible para los traslados que habitualmente son gratuitos, a menos que usted pueda demostrar dificultades o una situación especial.

¿A dónde envío el formulario completado?

Envíe el formulario completado a Priority Health por:

Correo postal

Priority Health Transportation Coordinator
1231 East Beltline NE, MS 1145
Grand Rapids, MI 49525

Fax

616.464.8905

Correo electrónico

reimbursement@priorityhealth.com

¿Qué hago si tengo preguntas?

Comuníquese con Atención al Cliente, al 888.975.8102 (TTY: 711). Nuestro horario es de lunes a jueves, de 7:30 AM a 7 PM.; viernes, de 9 AM a 5 PM; y sábados, de 8:30 AM al mediodía, hora del este. También puede iniciar sesión en su cuenta para afiliados en priorityhealth.com y enviar un mensaje.

1. Información del afiliado		
Nombre	Apellido	Inicial del 2.º nombre
Fecha de nacimiento ____/____/____	Número de ID de Priority Health	
Si es menor, ¿el reembolso debería ser entregado a su padre/madre, tutor legal o padre/madre de guarda? ☐ Sí (completar la sección 2a.) ☐ No		
2a. Información de padre/madre, tutor legal o padre/madre de guarda*		
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección		Unidad/depto./nro. de lote
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico		Teléfono () -
3. Detalles del traslado		
Traslado 1		
Nombre del prestador médico o centro	Hora	Fecha ____/____/____
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
¿Qué tipo de traslado es? ☐ Ida y vuelta ☐ Sólo ida o sólo vuelta	¿Cuál es el motivo del traslado?	
Traslado 2		
Nombre del prestador médico o centro	Hora	Fecha ____/____/____
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
¿Qué tipo de traslado es? ☐ Ida y vuelta ☐ Sólo ida o sólo vuelta	¿Cuál es el motivo del traslado?	
Traslado 3		
Nombre del prestador médico o centro	Hora	Fecha ____/____/____
Dirección		

Ciudad	Estado	Código postal
¿Qué tipo de traslado es? ☐ Ida y vuelta ☐ Sólo ida o sólo vuelta	¿Cuál es el motivo del traslado?	
Traslado 4		
Nombre del prestador médico o centro	Hora	Fecha ____/____/____
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
¿Qué tipo de traslado es? ☐ Ida y vuelta ☐ Sólo ida o sólo vuelta	¿Cuál es el motivo del traslado?	
4. Reconocimiento		
<u>Al firmar este formulario, reconozco lo siguiente:</u> 1. Uso del transporte: Entiendo que si yo u otras personas, como familiares, amigos o vecinos, podemos proporcionar traslados sin costo, se espera que estos continúen siendo gratuitos. Además, no puedo pedir reembolso por traslados gratuitos, a menos que pueda demostrar dificultades o circunstancias especiales. 2. Traslado al prestador médico más cercano: Entiendo que solo podré obtener reembolso por traslados al centro más cercano que ofrezca la atención que necesito. Si fui a un centro que estaba más alejado, recibí aprobación primero. 3. Requisitos del seguro y para el conductor: Entiendo que el vehículo utilizado tenía seguro automotor válido y que el conductor tenía una licencia legal para conducir el vehículo. 4. Pagos de terceros: Entiendo que no puedo recibir ningún otro pago por traslados por los que estoy pidiendo reembolso. Si recibo un pago, lo informaré al programa Medicaid del Estado de Michigan, administrado por MDHHS. 5. Pagos duplicados: Entiendo que ningún otro afiliado de Medicaid puede recibir un reembolso por el mismo traslado al mismo lugar y el mismo día. Confirmando que, a mi leal saber y entender, toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, completa y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede dar lugar al rechazo del reembolso y/o a una revisión adicional, lo que puede generar una denuncia ante el programa Medicaid del Estado de Michigan, administrado por MDHHS.		
Firma	Fecha de hoy ____/____/____	

*Cualquier persona que reciba el pago, a excepción del afiliado, no debe haber sido condenada por un delito grave relacionado con la creación, distribución, prescripción o manipulación de una sustancia controlada en virtud de la ley federal o estatal a partir del 21 de agosto de 1996. Esas personas deben informar dichas condenas al plan de salud.

Hindi (हिंदी) - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 800.942.0954 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian (Italiano) - ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'800.942.0954 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Japanese (日本語) - 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。800.942.0954 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Korean (한국어) - 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 800.942.0954 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Polish (Polski) - UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 800.942.0954 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Russian (Русский) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 800.942.0954 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Serbian (Srpski) - ПАЖЊА: Ако говорите језиком који није енглески, доступне су вам услуге бесплатне помоћи у вези језика. Одговарајућа помоћна средства и услуге ради пружања информација у приступачном формату су такође доступни без накнаде. Позовите 800.942.0954 (TTY: 711) или разговарајте са пружаоцем услуга.

Spanish (Español) - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 800.942.0954 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog - PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 800.942.0954 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Urdu (اردو) - توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں 800.942.0954 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Vietnamese (Tiếng Việt) - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 800.942.0954 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Source: lep.gov and cms.gov Last updated: May 2025

10003-304 H8379_NCMS400040102558BG_C 04302025

Y0056_NCMS400040102558BG_C 04302025

©2025 Priority Health PH032 PH_33078-1.2 05/25