



Member Request Form for Reimbursement of Healthcare Services

INSTRUCTIONS TO REQUEST REIMBURSEMENT

1. You must submit your request for reimbursement within 180 days of the date of service. Reimbursement for approved charges will be mailed within 30 days of receipt of complete documentation. Applicable copayments and/or coinsurance will be applied to reimbursement amount of payment.
2. Only covered benefit services will be considered for reimbursement.
3. The patient who is requesting the reimbursement of healthcare must sign this form. If the patient is under 18 years old, the form must be signed by the parent or guardian who is enrolled in MediExcel Health Plan.
4. Send this completed form and the following documents to MediExcel Health Plan. Please keep copies for your records.
 - Statement – itemized billing statement from provider(s). If from Mexico, please include a copy of the “factura.” **(Please note: under Mexican law, all businesses [including health care providers] are required to provide the client with a factura for all financial transactions. The factura is the official instrument that is used by all commercial entities in Mexico to report business income to the Mexican IRS).**
 - Proof of payment – Itemized receipt, front and back of cancelled check, credit card statement, signed statement of cash payment. (For prescription drugs: include drug label receipt with name of drug and dosage.)
 - Supporting documentation – Medical record of visit, copy of doctor’s prescription, lab and/or x-ray order.
5. Deliver in person, e-mail or mail the form and required documentation to:

MediExcel Health Plan
Attention: Claims
750 Medical Center Ct., Suite 2
Chula Vista, CA 91911
E-mail: claims@mediexcel.com

MEMBER INFORMATION

Last Name		First Name		Member ID#	
Street Address		City		State	Zip code
Telephone Number or E-mail Address					
Were Services Received as a Result of an Accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Were Services Received as a Result of an Injury at Work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

PARENT/GUARDIAN – Complete this section ONLY if the member is under 18 years of age

Last Name		First Name		Member ID#	
-----------	--	------------	--	------------	--

PROVIDER INFORMATION

Name of Provider:		Provider Telephone Number:	
Provider Complete Address:			
Briefly Describe Services Rendered for this Reimbursement:			
Amount Paid to Above Provider:		How Was Payment Made? <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Credit Card <input type="checkbox"/> Cash (need signed statement)	

CERTIFICATION STATEMENT – Read, Sign and Date

I certify that the above information is true, the attached material is correct and unaltered, and the expenses were incurred by the patient named above. I understand that all documents submitted become the property of MediExcel Health Plan and will not be returned. I understand that if I submit false receipts or fraudulently altered documents, I may be disenrolled from MediExcel Health Plan and/or subject to civil or criminal penalties.

California Residents: For your protection, California law requires the following to appear on/with this form; any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime, and may be subject to fines and confinement in a state prison. I authorize the release of any information needed to review or process this request.

Member Signature (or of Parent/Guardian if Member is a Child) _____ Date _____

MediExcel Health Plan Use Only	Date Processed:	Processed By:	Approved By:
---------------------------------------	-----------------	---------------	--------------



Solicitud Para Reembolso de Servicios Médicos

INSTRUCCIONES PARA 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 toda la documentación requerida. Los 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, 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. **(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: incluir la etiqueta del medicamento con el nombre del medicamento y la dosis.)*
 - Documentación de respaldo - Informe médico de la visita, copia de la receta del médico, 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
Atención: Claims
750 Medical Center Ct., Suite 2
Chula Vista, CA 91911
Correo Electrónico: claims@mediexcel.com

INFORMACION DEL MIEMBRO

Apellido	Nombre	Número de Miembro	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número Telefónico o Correo Electrónico			
¿Los servicios recibidos fueron a causa de un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Los servicios recibidos fueron a causa de un accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

PADRE/TUTOR – Complete esta sección SOLO si el miembro es menor de 18 años

Apellido	Nombre	Número de Paciente
----------	--------	--------------------

INFORMACION DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor:	Número Telefónico del Proveedor:
Dirección Completa del Proveedor:	
Describa Brevemente los Servicios Recibidos de este Reembolso:	
Monto Pagado al Proveedor:	Tipo de Pago <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Efectivo (se 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 esta solicitud han sido incurridos por el miembro anteriormente nombrado. Comprendo que todos los documentos presentados junto con esta solicitud, se convertirán 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 una pérdida, es culpable de un delito y estará sujeto a multas y encarcelamiento en una prisión estatal. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para revisar o procesar esta solicitud.

Firma del Miembro (o del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

MediExcel Health Plan Use Only

Date Processed:

Processed by:

Approved by: