



## Instrucciones del Formulario de Reembolso de Beneficios Suplementarios 2026

Use este formulario si pagó por un artículo o servicio porque su Tarjeta Gold no funcionó en una tienda participante.

Este formulario es para compras realizadas entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026. Este formulario está disponible en nuestro sitio web en [www.goldkidney.com/member-resources/](http://www.goldkidney.com/member-resources/).

Solo podemos reembolsarle si:

- Usted era un miembro activo de Gold Kidney Health Plan al momento de la compra o del servicio
- El artículo o servicio estaba cubierto por su plan
- Usted tenía beneficios disponibles en la fecha del servicio

Los artículos y servicios deben comprarse en **tiendas o proveedores participantes** para calificar.

### **Lo que necesita enviar**

Para alimentos saludables y productos frescos, artículos de venta libre (over-the-counter, OTC), servicios públicos o servicios de viajes compartidos (planes H4869-011 y H4869-013):

#### **1. Un recibo – Su recibo debe mostrar:**

- Nombre de la tienda o del proveedor
- Fecha de la compra o del servicio
- Artículo(s) o servicio(s) recibido(s)
- Monto pagado

No podemos aceptar estados de cuenta de tarjeta de crédito como comprobante de compra.

#### **2. Un formulario completado**

- Complete todas las secciones del formulario
- Use un formulario por cada solicitud

**Formulario de Reclamación de Reembolso de Beneficios Suplementarios**

Envíe el formulario completado y los documentos requeridos a Gold Kidney Health Plan.

**Correo postal:**

Gold Kidney Health Plan  
ATTN: Claims Department  
P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802

**Correo electrónico:** claims@goldkidney.com**Sección 1: Información del Miembro**

Nombre del miembro:	N.º de ID de Miembro:
---------------------	-----------------------

Dirección postal:		
-------------------	--	--

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

**Sección 2: Categoría del Servicio/Compra (seleccione una):**

Fecha del servicio/compra:	
<input type="checkbox"/> Alimentos saludables y productos frescos	<input type="checkbox"/> Artículos de venta libre (OTC)
<input type="checkbox"/> Servicios de viajes compartidos (planes H4869-011 o H4869-013)	<input type="checkbox"/> Servicios públicos

Nombre del proveedor/vendedor:
--------------------------------

Ubicación del proveedor:
--------------------------

<b>Sección 3: Motivo por el cual no pudo usar su &amp;more Gold Kidney Prepaid Mastercard® (Tarjeta Gold)</b>
---

**Para agilizar su reclamación, se requiere comprobante de compra y/o recibo detallado.** Por favor, asegúrese de que la información del recibo coincida con la información en este formulario.

**Firma del miembro:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Gold Kidney Health Plan, Inc. ®, es un plan HMO-POS C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.