Instrucciones del Formulario de Reembolso de Beneficios Suplementarios 2026

Use este formulario si pagó por un artículo o servicio porque su &more 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/.

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

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

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: DMRClaims@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:	
☐ Alimentos saludables y productos frescos ☐ Servicios de viajes compartidos (planes H4869-011 o H4869-013)	☐ Artículos de venta libre (OTC) ☐ Servicios públicos
Nombre del proveedor/vendedor:	
Ubicación del proveedor:	

Sección 3: Motivo por el cual no pudo usar su &more Gold Kidney Prepaid Mastercard® (Tarjeta Gold)

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.