

# FORMULARIO DE REEMBOLSO DE CHURCH ACTIVITY MEDICAL ASSISTANCE

(PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA PARA ACTIVIDADES DE LA IGLESIA)  
PARA GASTOS MÉDICOS, DENTALES Y DE RECETAS MEDICAS

DMBA le reembolsará los gastos directamente hasta 30 días después de su inscripción en CAMA. Después de esos 30 días, las solicitudes de reembolso directo no serán autorizadas. Por favor solicite a sus proveedores médicos que envíen las facturas directamente a DMBA para su pago, para evitar solicitudes rechazadas.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ #ID DMBA del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## GASTOS DE REEMBOLSO

Church Activity Medical Assistance (CAMA, por sus siglas en inglés) es un programa de asistencia caritativa gratuito administrado por Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA, por sus siglas en inglés) en nombre de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (la Iglesia).

- Para recibir un reembolso por los gastos médicos o dentales relacionados con su accidente que haya pagado a un proveedor, proporcione la información solicitada a continuación. El reembolso se basará en las pautas y limitaciones de CAMA.
- Incluya una factura detallada del proveedor de servicios que incluya el nombre del paciente, el nombre del proveedor, la fecha en que se recibieron los servicios, el monto total reclamado y una descripción detallada del producto o servicio. En la factura, escriba el número de documento relacionado con el desglose a continuación. Asegúrese de incluir el comprobante de pago realizado al proveedor.
- Si tiene seguro médico, incluya una copia de la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su seguro tercero(s). Indique el monto pagado por el seguro a continuación y escriba el número de documento asociado en la EOB antes de enviarlo.

Documento	Fecha de Servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio prestado	Monto pagado por el seguro	Cantidad pagada por usted
1					
2					
3					
4					
5					
<b>Totals</b>					

## CERTIFICACIÓN

Certifico que estos gastos están relacionados con la lesión y la condición del paciente y solicito el reembolso de los gastos que califican. Entiendo que el reembolso se proporcionará de acuerdo con las pautas y limitaciones de CAMA.

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA:** Si falta información o documentos o estos son incorrectos, no podemos reembolsarle hasta que recibamos la documentación adecuada. Para evitar inconvenientes, solicite a sus proveedores que facturen a DMBA directamente y proporciónenles la información de facturación de CAMA que esta aquí abajo.

Devuelva este formulario completo y los archivos adjuntos necesarios a DMBA, Atención: CAMA Team, PO Box 45530, Salt Lake City, UT 84145-0530.  
También puede enviarlo por correo electrónico a churchactivity@dmba.com. Si tiene preguntas, llame a DMBA al 801-578-5600 o al número gratuito 800-777-3622 o envíenos un correo electrónico a churchactivity@dmba.com.