

Claim for External Breast Prostheses Reimbursement Program (NH005)

Cuándo utilizar este formulario

Utilice este formulario si pagó una prótesis mamaria externa nueva o de reemplazo desde el **1 de julio de 2008**.

Programa de reembolso de prótesis mamarias externas (External Breast Prostheses Reimbursement Program)

Puede solicitar un reembolso de hasta \$400 por una prótesis o de hasta \$800 si necesita una prótesis para ambas mamas tras una mastectomía doble. El pago puede cubrir una prótesis externa o una prótesis externa para nadar destinada a personas que se hayan sometido a una cirugía mamaria debido a un cáncer. Esto incluye:

- mastectomías dobles
- mastectomías profilácticas (cirugía preventiva)
- mastectomías parciales
- lumpectomías

Quién puede solicitarlo

Puede solicitarlo si:

- está afiliada a Medicare;
- se ha sometido a una cirugía mamaria debido a un cáncer;
- no ha comprado una prótesis ni ha presentado ninguna solicitud en el marco de este programa en los últimos 2 años.

Si recibe ayuda económica del Departamento de Asuntos de Veteranos (DVA), solicite su prestación a través de dicho departamento.

Si una persona compró una prótesis antes de fallecer, el albacea o el administrador de la sucesión puede presentar una solicitud. Junto con la solicitud, se deberán facilitar los documentos que acrediten que la persona es el albacea o el administrador (si no se proporcionaron previamente).

Con qué frecuencia puede enviar una solicitud

Solo puede recibir un pago por cada prótesis cada 2 años. Utilizamos la fecha que figura en su recibo para comprobar si han transcurrido 2 años desde que recibió el último pago.

Si pasaron menos de 2 años desde que compró una prótesis, solo podrá solicitar un reemplazo si existe una razón médica que lo justifique. La solicitud debe incluir una carta de su médico u otro profesional de la salud en la que se explique la razón médica por la que necesita una nueva prótesis.

No puede solicitar el reembolso de una prótesis de reemplazo, comprada menos de 2 años después de su última compra, por los siguientes motivos:

- elección errónea
- ajuste incorrecto
- cambio de opinión
- cambios en la calidad de la prótesis debidos al uso diario
- defecto o daño

Si se da alguno de estos casos, póngase en contacto con su proveedor de prótesis.

Antes de presentar la solicitud

Deberá comprar la prótesis antes de poder solicitarnos un reembolso. Si:

- tiene un seguro médico privado, deberá presentar una solicitud al seguro privado antes de solicitarnos un pago;
- recibe una prestación de Centrelink, compruebe si cumple los requisitos para obtener un anticipo que le ayude a pagar la prótesis.

Para obtener más información, visite

servicesaustralia.gov.au/advancepayments

Cuánto puede recuperar

El importe total que reembolsamos depende de su solicitud y de cualquier otro pago que reciba de su seguro médico privado o reembolsos procedentes de otras fuentes. Este importe tiene un límite de \$400 por cada prótesis. Utilizamos los datos de su solicitud para calcular la cantidad que le corresponde.

Ejemplos de los montos que abonamos

Si compra una prótesis que le cuesta \$130 dólares, le reembolsaremos la totalidad de ese monto.

Si se sometió a una mastectomía doble y compra 2 prótesis por \$800, le reembolsaremos el total de \$800.

Si compra una prótesis por \$500 y su seguro médico privado le reembolsa \$200, le pagaremos \$200. Esta es la diferencia entre el límite de \$400 dólares y el importe de su reembolso.

Lo que no puede solicitar

Sujetadores u otros productos, como fundas para prótesis mamarias, insertos para pezones, trajes de baño posquirúrgicos, prótesis mamarias internas o cirugía reconstructiva.

Cómo le pagaremos

Todos los reembolsos se realizan mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) a la cuenta bancaria que nos haya indicado. Le enviaremos un extracto a la dirección postal que nos haya facilitado en el que figurará el importe ingresado en su cuenta bancaria.

Tramitamos la mayoría de las solicitudes en un plazo de 10 días hábiles.

Para más información

Visite **servicesaustralia.gov.au/ebprp** o llámenos al 132-011.

Información en su idioma

Podemos traducir de forma gratuita los documentos que necesite para su solicitud.

Para hablar con nosotros en su idioma, llame al 132-011.

Asistencia para personas con discapacidad auditiva o del habla

Si tiene una discapacidad auditiva o del habla, puede utilizar:

- el Servicio Nacional de Retransmisión (National Relay Service) al **1800-555-660**; o
- nuestro servicio TTY al **1800-810-586**. Para utilizar este servicio, necesita un teléfono TTY.

Para obtener más información sobre asistencia para la comunicación, visite **servicesaustralia.gov.au** y busque «accesibilidad».

Claim for External Breast Prostheses Reimbursement Program (NH005)

Filling in this form

You can complete this form on your computer using Adobe Acrobat Reader, or you can print it.

For help on how to fill in our forms, go to servicesaustralia.gov.au/formhelp

If you have a printed form:

- Use black or blue pen.
- Print in BLOCK LETTERS.
- Print in English.
- Where you see a box like this ☐ **Go to 1** skip to the question number shown.

Private health insurance

1 Do you have private health insurance?

No ☐ **Go to 3**

Yes ☐ You need to claim any refund you are eligible for from your private health fund **before** you claim a reimbursement from us.

2 How much did you receive from your private health fund or other financial help for the prosthesis(es) you are claiming?

Private health fund	\$
Other	\$

The amount of your reimbursement will be reduced by the amount refunded or financial help already received.

Claimant's details – the person who received the prosthesis(es)

3 Medicare card number

			Ref no.
----------------------	----------------------	----------------------	------------------------------

4 Mr ☐ Mrs ☐ Miss ☐ Ms ☐ Mx ☐ Other

Family name

First given name

5 Postal address

Postcode

6 Do you want this recorded as your permanent postal address?

No ☐

Yes ☐

If you are listed on a Medicare card with others and you do not want the address change applied to everyone on your Medicare card, contact us to transfer to a new card.

7 Daytime phone number (including area code)

Email

8 Prosthesis - **Tick all that apply**

Left breast ☐

Right breast ☐

Bank account details

9 **Read** this before answering the following question.

If you would like to update your bank details for all future Medicare payments, you can use your Medicare online account through myGov.

Where do you want your payment for this claim made?

Current bank account stored with Medicare ☐ **Go to 10**

New bank account ☐ Give details below

Details provided will be recorded as your permanent bank account for all future Medicare payments.

All payments are made through EFT. Payments **cannot** be made via EFT if the nominated account has restrictions on EFT deposits.

Payments cannot be made to an account used exclusively for funding from the National Disability Insurance Scheme.

Name of bank, building society or credit union

Branch number (BSB)

Account number (this may not be the card number)

Account held in the name(s) of



MCA0NH005 2607

Executor or administrator details

Only complete question 10 and 11 if you are the executor or administrator of an estate where the claimant is deceased.

10 Full name of executor or administrator

11 Contact phone number (including area code)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aviso de privacidad

- 12** La privacidad y la seguridad de sus datos personales son importantes para nosotros y están protegidas por la ley. Recopilamos esta información para poder procesar y gestionar sus solicitudes y pagos, y prestarle servicios. Solo compartimos su información con terceros autorizados por usted o cuando la ley lo permite o lo exige. Para obtener más información, visite servicesaustralia.gov.au/privacypolicy

Declaración

13 Declaro que:

- Leí la información que figura en la página 1 de este formulario.
- Me sometí a una cirugía mamaria como consecuencia de un cáncer.
- Recibí el pago del monto reclamado.
- Presenté la solicitud a través de mi seguro médico privado (si procede).
- No tengo derecho a solicitar ayuda económica al Departamento de Asuntos de Veteranos por la compra.
- Soy el albacea o administrador que actúa en nombre de la sucesión de la solicitante fallecida (si procede). Presenté ante Services Australia (anteriormente o con esta solicitud) la documentación adecuada que me identifica como tal.
- Leí, comprendo y acepto la **Política de privacidad**.
- La información que facilité en este formulario es completa y correcta.

Entiendo que:

- Solicito el reembolso de la compra de prótesis mamarias externas.
- Proporcionar información falsa o engañosa constituye un delito grave.

Firma del solicitante



Fecha (DD MM AAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cómo devolver este formulario

Verifique que se hayan respondido todas las preguntas obligatorias y que el formulario está firmado y fechado. Adjunte una copia de sus recibos a la solicitud, incluida una descripción de cada compra.

Envíe este formulario y cualquier documento justificativo de la siguiente manera:

- **Por correo postal a**
Services Australia
External Breast Protheses Reimbursement Program
GPO Box 9822
En su capital
- Por correo electrónico a **ebpr@servicesaustralia.gov.au**
Puede ser riesgoso enviar información personal por redes o canales de correo electrónico no seguros.
- En persona en uno de nuestros centros de atención.