



SOLICITUD DE RECLAMO PARA REEMBOLSO

Información del miembro

Nombre:		ID de miembro #
Dirección de residencia:		
Ciudad:	código postal:	Numero de Teléfono:
Fecha de nacimiento:		

Estoy solicitando reembolso debido a:

- He pagado por los servicios de emergencia o atención de urgencia fuera de mi propio bolsillo.
- Mi proveedor me envió una cuenta que no creo que deba pagar.
- He comprado suministros médicos de mi propio bolsillo.
- Utilicé una farmacia fuera de la red para obtener una receta (*Nota: Los medicamentos de la Parte D que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios no serán reembolsados.*)
- Pagué el costo total de una receta porque:
 - Yo no tenía mi tarjeta conmigo
 - Utilicé una farmacia fuera de la red para obtener una receta
 - Otro motivo _____

Esta es la cantidad que siento que se me debe: \$ _____

Fecha de Servicio: ____/____/____

Proveedor o Farmacia: _____

Breve explicación: _____

Yo certifico que las declaraciones anteriores son correctas

Firma de miembro: _____ Fecha: _____

Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros y presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un Acto fraudulento de seguro. Lo cual es un delito.



Por favor, asegúrese de incluir los recibos originales o factura (guarde una copia para sus archivos).
Cuando recibamos su solicitud, le haremos saber si necesitamos cualquier información adicional de su parte.
De lo contrario, consideraremos su solicitud y decidiremos si será cubierto y, si está cubierto, la cantidad
Que cubrirá.

Enviar a:

Aspire Health Plan
P. O. Box 5490
Salem, OR 97304

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO y HMO -POS con un contrato de Medicare.
La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.

P.O. BOX 5490, SALEM, OR 97304 ■ (855) 570-1600 / 711 (TTY)