



SOLICITUD DE RECLAMO PARA REEMBOLSO

Información del miembro

Form with fields: 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...
Mi proveedor me envió una cuenta...
He comprado suministros médicos...
Utilicé una farmacia fuera de la red...
Pagué el costo total de una receta porque:
- Yo no tenía mi tarjeta conmigo
- Utilicé una farmacia fuera de la red...
- 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)

H8764_SP_ClaimReimbForm_1214 CMS Accepted 12/10/2014