



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO POR RECLAMO

Información del miembro

Nombre:		ID de Miembro #:
Dirección:		
Ciudad:	Código postal:	Teléfono:
Fecha de nacimiento:		

Estoy solicitando un reembolso porque:

- Pagué de mi bolsillo por servicios de emergencia o urgencia.
- Mi proveedor me está enviando una factura que no creo que debería pagar.
- Compré de mi bolsillo suministros médicos.
- Pagué por servicios dentales de rutina o de la visión de rutina.
- Utilicé una farmacia fuera de la red para surtir una receta. *(Nota: Los medicamentos de la Parte D que usted compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios no serán reembolsados.)*
- Pagué el costo total de una receta porque:
 - No llevaba conmigo mi credencial.
 - Otra razón _____
- Otro (describa): _____

Este es el monto que considero deben pagarme: \$ _____

Fecha del servicio ____ / ____ / ____

Proveedor o farmacia: _____

Explicación breve: _____

CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES DE ARRIBA SON CORRECTAS

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros presente un reclamo que contenga cualquier información sustancialmente falsa o que oculte, a los fines de confundir, información sobre cualquier hecho relevante para ello, comete un acto de seguro doloso, que es un delito.



Por favor, asegúrese de incluir sus recibos o facturas originales originales (conservar una copia para sus registros).

Cuando recibamos su solicitud le informaremos si necesitamos cualquier información adicional de su parte. De otro modo, consideraremos su solicitud y decidiremos si será cubierta y, de ser cubierta, el monto que cubriremos.

Enviar a:

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

Si tiene cualquier pregunta por favor llame a Aspire Health Plan al (855) 570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico los 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados.)

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción al Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. Aspire Health Plan cumple con las leyes que aplican sobre derechos civiles federales y no ejerce discriminación alguna por raza, color, origen, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711) 意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-570-1600 (TTY: 711)