



FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA MIEMBROS DE MEDICARE 2021

Nombre del miembro: _____

Domicilio postal: _____

Número de id. del miembro: _____

BENEFICIO DE LA VISIÓN (para lentes de contacto y anteojos, lentes y marcos):

- límite de cobertura del plan de \$200 cada año calendario

BENEFICIO DE AUDÍFONOS:

- límite de cobertura del plan de \$1,500 para audífonos cada tres (3) años

VARIOS:

- gasto de atención de emergencia o urgencia fuera de la red
- varios: enumerar

1. _____
2. _____
3. _____

Enviar los reclamos por correo a:

Denver Health Medical Plan, Inc.
P.O. Box 24992
Seattle, WA 98124-0992

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Se deben presentar todos los recibos necesarios junto con la solicitud de reembolso.