

FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA MIEMBROS DE ELEVATE MEDICARE ADVANTAGE 2024

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 \$260 cada año calendario
(Elevate Medicare Choice D-SNP Plan)
- límite de cobertura del plan de \$380 cada año calendario
(Elevate Medicare Select HMO Plan)

BENEFICIO DE AUDÍFONOS:

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

VARIOS (Incluya los códigos de procedimiento y diagnóstico si están disponibles):

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

1. _____
2. _____
3. _____

IMPORTANTE: Se deben presentar todos los recibos necesarios junto con la solicitud de reembolso. Debe presentarnos su reclamo en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Enviar los reclamos por correo a:

Denver Health Medical Plan
P.O. Box 6300
Columbia, MD 21045