



**ELEVATE MEDICARE ADVANTAGE 2025
FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA MIEMBROS**

Nombre completo del miembro: _____

Domicilio postal del miembro: _____

Número de id. del plan de salud del miembro: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) del miembro: _____ / _____ / _____

BENEFICIOS DE OFTALMOLOGÍA (para lentes de contacto y anteojos, lentes y marcos):

- límite de cobertura del plan de \$245 cada año calendario (plan Elevate Medicare Choice D-SNP)
- límite de cobertura del plan de \$220 cada año calendario (plan Elevate Medicare Select HMO)

BENEFICIO DE AUDÍFONOS:

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

VARIOS (incluir los códigos de procedimientos y diagnósticos 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 este reembolso. Debe presentarnos su reclamo dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio o artículo.

ENVÍE POR CORREO POSTAL A:

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