

Plan de Salud Legacy para Empleados

Formulario de Solicitud de Reembolso para Reclamaciones de Salud



Utilice este formulario para solicitar el reembolso de los servicios médicos o los medicamentos de prescripción que inicialmente hayan sido pagados en su totalidad y no hayan sido procesados a través de PacificSource. Los reembolsos solamente se aplicarán a los servicios cubiertos que sean incurridos por los miembros del Plan de Salud Legacy para Empleados que hayan estado cubiertos por el plan al momento de recibir el servicio.

Instrucciones

1. Obtenga una copia de su recibo detallado original. Conserve el original en su expediente.
2. Llene este formulario y envíelo a PacificSource junto con la copia de su recibo detallado. Su reclamación no será procesada si no recibimos una documentación suficiente. Envíe este formulario dentro de un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio para que pueda ser considerado para su reembolso.

Email: LegacyEHP@PacificSource.com

Fax: 541-225-3632

Correo: PacificSource Health Plans

PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068

Información del Miembro

Nombre del miembro _____

Núm. de ID del miembro (en su tarjeta de ID) _____

Núm. de grupo G0035912 _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Información del proveedor o de la farmacia

Nombre del proveedor _____

Dirección del proveedor _____

Núm. de teléfono del proveedor _____

Núm. de ID de impuestos del proveedor _____

Núm. NPI del proveedor _____

Fecha del servicio	Descripción del servicio (código CPT e ICD10) o medicamento	Monto del cargo

Si usted tiene alguna duda o inquietud, por favor llame a nuestro equipo de Servicio al Cliente al teléfono 844-520-5347 o envíe un email a LegacyEHP@PacificSource.com.