



Formulario de Reclamación de Reembolso Médico para Miembros

Utilice este formulario de reclamación para recibir un reembolso de los gastos **médicos** de bolsillo elegibles. **ENVÍE POR CORREO POSTAL** el formulario y los documentos requeridos a la siguiente dirección:

Wellcare By Trillium Advantage Member Reimbursement Department • P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.

Envíe un formulario por miembro.

Nombre del Miembro _____ ID del Miembro _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Proporcione una breve descripción de su solicitud:

Fecha del Servicio	Nombre del Proveedor	Descripción del Servicio	Cantidad Solicitada

Cantidad Total de la Solicitud de Reembolso _____

Doy fe de que la información anterior es verdadera y exacta, y de que los servicios se recibieron y pagaron por la cantidad indicada anteriormente. Reconozco que si alguna información contenida en este formulario es confusa o fraudulenta, puedo estar sujeto a sanciones penales y/o civiles por presentar reclamaciones falsas de atención médica.

Nombre en Letra de Imprenta: _____ Firma: _____

Fecha: _____

CÓMO LLENAR ESTE FORMULARIO

NOTA IMPORTANTE: Utilice este formulario cuando solicite el reembolso solo por servicios MÉDICOS. Comuníquese con su Administrador de Beneficios o con Servicios para Miembros si la solicitud corresponde a servicios rutinarios Dentales, de la Audición, de Transporte, de Oftalmología, de Acondicionamiento Físico o relacionados con la Flex Card. La información de contacto aparece en el reverso de su tarjeta de ID.

Para obtener el reembolso por los Servicios Médicos, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE:

A. Completar este formulario.

- Escriba en letra imprenta su nombre y su número de ID de Miembro tal como se muestra en su tarjeta de ID de Wellcare By Trillium Advantage.
- Proporcione su dirección postal e incluya su número de teléfono.
- Describa por qué solicita el reembolso.
- Indique la fecha del servicio por el cual solicita el reembolso. (Esta es la fecha en la que se prestó el servicio). Indique por separado cada fecha de servicio o admisión de hospitalizaciones.
- Escriba en letra de imprenta el nombre del médico o centro que proporcionó el servicio.
- Proporcione una breve descripción del servicio que se le brindó. (Si esta solicitud es para un reembolso de viaje, incluya la cantidad total de millas).
- Indique la cantidad solicitada para cada línea de servicio individual.
- Sume todas las líneas individuales juntas y proporcione la cantidad total solicitada para el reembolso de todos los servicios.

B. Cada factura detallada DEBE incluir toda la siguiente información:

- Fecha de cada servicio
- Lugar de cada servicio: Consultorio del Médico, Laboratorio Independiente, Hospital para Pacientes Ambulatorios, Hospital para Pacientes Internados, Hogar de Ancianos, Hogar del Paciente
- Descripción de cada servicio o suministro quirúrgico o médico proporcionado
- Cargo por CADA servicio
- Nombre y dirección del médico o proveedor. Muchas veces, en una factura aparecerán los nombres de varios médicos o proveedores. ES MUY IMPORTANTE QUE IDENTIFIQUE AL PROFESIONAL QUE LO ATENDIÓ. Solo encierre en un círculo el nombre correspondiente en la factura.

C. Documentación de comprobante de pago:

- Copia del cheque cancelado (anverso y reverso)
- Estado de cuenta de la tarjeta de crédito en el que se demuestre que se pagó al proveedor
- Factura/estado de cuenta del proveedor en el que se muestre su nombre, dirección, número de teléfono, fechas de servicio, servicios prestados y saldo marcado como pagado, junto con el método de pago: efectivo, cheque o tarjeta de crédito

Wellcare By Trillium Advantage revisará su solicitud de reembolso una vez que complete este formulario, adjunte una factura detallada y un recibo de pago de su médico o proveedor. Todas las solicitudes se procesarán en un plazo de [60] días a partir de la recepción de esta. Tenga en cuenta

que su factura debe estar pagada en su totalidad **antes** de poder enviar esta solicitud de reembolso y toda la documentación requerida debe estar incluida con la solicitud. ENVÍE POR CORREO POSTAL el formulario y los documentos requeridos a la siguiente dirección: Wellcare By Trillium Advantage Member Reimbursement Department • P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.
Comuníquese con su plan para obtener más información.

Do you think Trillium Community Health Plan (Trillium) has treated you unfairly?

Trillium must follow state and federal civil rights laws. It cannot treat people unfairly in any of its programs or activities because of a person's:

- Age
- Color
- Disability
- Gender identity
- Marital status
- National Origin
- Race
- Religion
- Sex
- Sexual orientation

You have a right to enter, exit, and use buildings and services. You have the right to get information in a way you understand. Trillium will make reasonable changes to policies, practices, and procedures by talking with you about your needs.

To report concerns or to get more information, please contact Member Services at 541-485-2155; Toll Free: 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 5:00 p.m. You can leave a message at other times, including weekends and federal holidays. We will return your call the next business day. The call is free.

If you believe you have been discriminated against, you may also contact:

Geno Allen, Non-Discrimination Coordinator

555 International Way, Building B

Springfield, OR 97477

Phone: 541-650-3618

Toll-free 1-877-600-5472 (TTY 711)

Email: Gilbert.E.Allen@TrilliumCHP.com

Web: www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html

You have a right to file a civil rights complaint with these organizations:

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)

Web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Phone: (800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD)

Email: OCRComplaint@hhs.gov

Mail: Office for Civil Rights, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201

Oregon Health Authority (OHA) Civil Rights

Web: www.oregon.gov/OHA/OEI | Email: OHA.PublicCivilRights@state.or.us

Phone: (844) 882-7889, 711 TTY

Mail: Office of Equity and Inclusion Division, 421 SW Oak St., Suite 750, Portland, OR 97204

Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division

Phone: (971) 673-0764

Email: crdemail@boli.state.or.us

Mail: Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division, 800 NE Oregon St., Suite 1045, Portland, OR 97232

You can get this letter in another language, large print, or another way that is best for you. You can also have a language interpreter. Call 1-844-867-1156 (TTY/TDD 711).

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

繁體中文 (Chinese)

注意：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1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером. 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473. まで、電話にてご連絡ください

Arabic:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بـ على 1-844-867-1156 ، رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-600-5473.

Română (Romanian)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

Cushite

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد. فراهم می باشد. با 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร. 1-844-867-1156; TTY: 1-877-600-5473.