Formulario de reembolso directo para miembros – Servicios médicos

Última revisión: julio de 2026

La política de CareOregon Advantage sobre servicios médicos consiste en pagarle al proveedor, y es el proveedor quien se encarga de reembolsarle al miembro. En algunos casos, cuando el proveedor se niega a facturar a CareOregon Advantage, nosotros podemos reembolsar a los miembros hasta el monto permitido. No realizamos reembolsos por los servicios que no están cubiertos. Los miembros deberán ponerse en contacto con Servicio al cliente para enviar las facturas a CareOregon Advantage.

Antes de enviar este formulario, comuníquese con Servicio al cliente de CareOregon Advantage sin costo al 888-712-3258. También verifique que la información de este formulario esté completa y sea legible. Si la decisión de reembolso es favorable, recibirá una notificación y el pago en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibamos la solicitud.

Qué incluir

Para ayudarnos a procesar la solicitud, incluya lo siguiente:

1. Número de identificación de seguimiento de llamada, proporcionado por Servicio al cliente (opcional): _____
2. Comprobante de pago
3. Factura detallada con la siguiente información:
   - Nombre del paciente
   - Nombre, dirección, número de teléfono y National Provider Identifier (NPI, Identificador Nacional de Proveedor) del proveedor
   - Fecha de la prestación de servicios
   - Tipos de servicios brindados (Revenue code [REV, Código de ingresos]/ Current Procedural Terminology [CPT, Terminología de procedimiento actual]/ Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS, Sistema de codificación de procedimientos frecuentes de atención médica])
   - Número de historia clínica del paciente
   - Número de cuenta del paciente
   - Diagnóstico/motivo de la consulta
   - Costo de cada servicio

Motivo de la solicitud

Seleccione el motivo de esta solicitud de reembolso:

☐ No cuenta con tarjeta de seguro al momento de utilizar el servicio

☐ El proveedor se encuentra fuera del área/red

☐ Otro: _____

Información del miembro

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Sexo: _____

N.° de identificación del miembro: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si llena este formulario por el miembro, ingrese los datos de usted a continuación:

Nombre: _____

Relación con el miembro: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Firma

Al firmar este formulario a continuación, certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta a mi leal saber y entender; los servicios prestados fueron para el miembro de CareOregon Advantage en una fecha en la que el paciente reunía los requisitos. Soy el miembro o la persona autorizada que llena este formulario y autorizo la divulgación de cualquier información pertinente del proveedor que sea necesaria para agilizar el procesamiento de dicho reclamo ante CareOregon Advantage, y entiendo que los actos fraudulentos (incluidos los reclamos falsos) pueden estar sujetos a sanciones civiles o penales.

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para uso de CareOregon

Received _____ ☐ Provider paid ☐ Approved ☐ Denied ☐ Cancel/member ineligible

Eligibility: _____ LOB: _____ Duplicate claim: _____ Uploaded to OneCo: _____ Other: _____

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 888-712-3258 • careoregonadvantage.org