

FORMULARIO DE CRÉDITO POR GASTOS DE BOLSILLO FUERA DE LA RED

para la Red Premier EPO Bronze | Silver | Gold

Únicamente para reclamaciones de gastos médicos: complete un formulario por miembro de la familia y por proveedor.

Instrucciones

- Necesitará que su proveedor de atención médica le brinde ayuda e información para completar el formulario, incluyendo los códigos de procedimiento y de diagnóstico. Le recomendamos llevar el formulario con usted a su próxima cita. Consulte también la Hoja de Ayuda para obtener más información.
- Para solicitar un crédito de los límites máximos de gastos de bolsillo, envíe lo siguiente a la dirección que se indica en la parte inferior de este formulario en el plazo de seis meses a partir de la fecha de servicio† (cualquier información que falte dará lugar a un rechazo de la solicitud):
 - Este formulario de crédito para gastos de bolsillo completado y firmado
 - Prueba de los servicios prestados
 - Comprobante de pago de los servicios para los que se solicita el crédito
 - Incluya la lista detallada de los servicios
- La mayoría de las solicitudes de crédito completas se procesan en 45 días.
- Se aplicará un crédito a los límites máximos de gasto de bolsillo del plan del miembro una vez que se apruebe (consulte la Hoja de Ayuda para ver la definición). Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-877-687-1196 (Servicio de Retransmisión de Datos de Texas/TTY: 1-800-735-2989).
- Guarde una copia de todos los comprobantes y documentos en sus registros.

Información del suscriptor

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	---------	-----------------------------

Información del paciente

N.º de identificación (ID) de miembro de Ambetter del paciente:	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
---	-----------	---------	-----------------------------

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Número de teléfono:
-----------------------------------	---------------------

Dirección de correo electrónico del paciente:	¿Cuenta el paciente con un seguro adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Efectuó algún pago el otro seguro?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si la respuesta es "Sí", incluya la Explicación de Beneficios (EOB) del plan)
---	--	--

Nombre del otro seguro:	Número de teléfono del otro seguro:	Número de póliza del otro seguro:
-------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Información del proveedor y el servicio

(Esta sección es obligatoria y su proveedor de atención de salud deberá ayudarle a completarla)

Nombre del proveedor de atención de salud:	N.º de identificación de proveedor (NPI) del proveedor de atención de salud:	Identificación (ID) fiscal federal del proveedor de atención de salud:	N.º de teléfono del proveedor de atención de salud:
--	--	--	---

Nombre del grupo/la organización:	NPI del grupo/la organización:	Número de teléfono del grupo/la organización:	Entorno en el que se recibió tratamiento:
-----------------------------------	--------------------------------	---	---

Dirección del proveedor de atención de salud:

¿Se comunicó con su plan de salud para encontrar un proveedor de la red antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red?

Códigos de diagnóstico	Descripción del diagnóstico (por ejemplo, gripe, fractura de pierna, trastorno maníaco-depresivo, asma)	Fecha(s) de servicio	Códigos de procedimiento (para cada servicio brindado)*	Descripciones de procedimientos (por ejemplo, radiografía, consulta médica, análisis de laboratorio, yeso en la pierna, etc.)*	Monto pagado
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$

† El requisito de seis meses no se aplicará si usted o el miembro dependiente cubierto no tuvo la capacidad legal para presentar dichas pruebas durante ese año.

Se requiere la firma del miembro de Ambetter

Importe total pagado

\$

Ambetter from Superior HealthPlan cumple las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Ambetter from Superior HealthPlan no excluye ni trata a las personas de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que se pagó el monto indicado arriba por los servicios recibidos. Entiendo que, si la información proporcionada en este formulario es engañosa o fraudulenta, es posible que se cancele mi cobertura y que yo esté sujeto a sanciones civiles o penales por presentar reclamaciones de atención de salud falsas.

También entiendo que Ambetter from Superior HealthPlan puede solicitar información adicional que considere necesaria para verificar que se recibieron los servicios y se efectuó el pago.

Nombre en letra de impresa

Firma _____

Fecha _____

Lista de verificación

- He completado y firmado este formulario en su totalidad.
- He adjuntado los documentos de prueba de los servicios recibidos (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de prueba de servicios).
- He adjuntado los documentos de pago de servicios (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de comprobante de pago).
- Entiendo que la mayoría de las solicitudes se procesan en 45 días. Las solicitudes incompletas pueden llevar más tiempo.
- Declaro que no estoy en un Plan Ambetter Virtual Access o Value (o declaro estar en un plan Ambetter Premier).

Envíe este formulario y toda la documentación a la siguiente dirección:

Ambetter from Superior HealthPlan • Attn: Advocate Out of Pocket Credit • P.O. Box 5010 Farmington, MO 63640-5010

HOJA DE AYUDA/PREGUNTAS FRECUENTES (FAQs) DEL FORMULARIO DE CRÉDITO POR GASTOS DE BOLSILLO FUERA DE LA RED

Pregunta	Respuesta
¿Para qué se utiliza este formulario?	Este formulario se utiliza para miembros de la Red EPO Bronze Silver Gold para solicitar un crédito para la atención médica elegible que ha recibido y pagado directamente al proveedor, quien no presentará una reclamación al seguro.
¿Cuál es mi responsabilidad?	Los copagos, coseguro y servicios no cubiertos serán responsabilidad del paciente. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red que le factura un monto mayor a lo usual, razonable o habitual, el miembro será responsable (es decir, se le cobrará el saldo) de la suma del monto del coseguro y cualquier importe que supere el cargo usual, razonable y habitual. ESTO NO SUPONE UNA GARANTÍA DE CRÉDITO. El crédito real de los servicios cubiertos se pagará en el nivel apropiado, de acuerdo a los beneficios de su plan.
¿Cuál es el siguiente paso?	Luego de procesar su crédito, usted recibirá una Explicación de beneficios (EOB). La EOB explica los cargos que se aplican a su deducible (el importe fijo en dólares que paga por los servicios cubiertos antes que el seguro comience a realizar los pagos) y cualquier cargo que pueda adeudar al proveedor. Guarde la EOB en sus registros, en caso de que la necesite en el futuro. También puede consultar el manual del miembro en AmbetterHealth.com.
¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda para completar este formulario?	Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-877-687-1196 (Servicio de Retransmisión de Datos de Texas/TTY 1-800-735-2989).
Nombre del campo	Descripción
Información del suscriptor	El suscriptor es la persona: Que se registra en Ambetter from Ambetter from Superior HealthPlan y firma el formulario de solicitud de membresía en su nombre y en nombre de los dependientes que tiene a su cargo. A nombre de quién se realiza el pago de la prima.
N.º de identificación (ID) de miembro de Ambetter del paciente	N.º de ID con el sufijo, que figura al frente de la tarjeta de ID de miembro de Ambetter from Superior HealthPlan.
Nombre del paciente	Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del paciente que recibió los servicios.
Fecha de nacimiento del paciente	Fecha de nacimiento: mes (2 dígitos), día (2 dígitos), año (4 dígitos). Incluya la fecha de nacimiento del recién nacido en la misma casilla que la del padre o madre.
Nombre del proveedor, dirección, número de teléfono y n.º de ID fiscal federal del proveedor:	Un proveedor se refiere, entre otros, a hospitales, médicos, optometristas, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos titulados, proveedores de equipos médicos duraderos.
¿En qué entorno recibió el paciente el tratamiento?	En un consultorio, sala de emergencias, hospital ambulatorio (para radiografías, exámenes), hospital para pacientes hospitalizados, clínica, tienda de suministros médicos.
Diagnóstico: ¿Por qué tuvo que ser atendido el paciente?	Proporcione el código del diagnóstico y una descripción detallada de la enfermedad o lesión (por ejemplo, gripe, pierna fracturada, trastorno maníaco-depresivo, asma).
Fechas de servicio	Las fechas en que se prestaron servicios al paciente.
Procedimientos, servicios o suministros proporcionados	Proporcione el código del procedimiento y la descripción detallada (por ejemplo, radiografía, consulta médica, análisis de laboratorio, yeso en la pierna, etc.).
Importe total pagado	Importe total por el cual solicita que se aplique el crédito al importe de la cobertura.
Prueba de servicios	Un documento que demuestra que el servicio se prestó realmente, en el que se indica la fecha del servicio, el servicio prestado y el importe en dólares abonado.
Comprobante de pago	Un documento que demuestra que el proveedor del servicio recibió el pago que realizó el miembro. Los ejemplos incluyen: el anverso y reverso del cheque cancelado que se emitió a favor del proveedor o el anverso codificado por el banco del cheque que se emitió al proveedor; el estado de la cuenta de la tarjeta de crédito; una declaración escrita del proveedor, con el membrete del proveedor y su firma autorizada, que indica que se efectuó el pago; un comprobante de los artículos adquiridos, con el nombre y dirección del proveedor preimpreso en el comprobante, con un detalle de los artículos y el importe abonado.

Envíe este formulario y toda la documentación a la siguiente dirección:

Ambetter from Superior HealthPlan • Attn: Advocate Out of Pocket Credit • P.O. Box 5010 Farmington, MO 63640-5010