

FORMULARIO DE CRÉDITO PARA GASTOS DE BOLSILLO POR SERVICIOS FUERA DE LA RED para Ambetter of Oklahoma

Solo para reclamaciones médicas: complete un formulario por cada familiar y por cada proveedor.

Instrucciones

1. Necesitará la ayuda de su proveedor de atención médica para completar este formulario y proporcionar la información necesaria, incluidos los códigos de procedimiento y los códigos de diagnóstico. Se recomienda llevar este formulario a su cita. Consulte también la Hoja de Ayuda para obtener información adicional.
2. Para solicitar que estos gastos se acrediten a su límite máximo de gastos de bolsillo, envíe la siguiente documentación a la dirección indicada al final de este formulario dentro de los seis meses posteriores a la fecha del servicio† (la falta de información puede ocasionar demoras en el procesamiento o el rechazo de la solicitud): a. Este formulario de crédito para gastos de bolsillo, debidamente completado y firmado.
b. Comprobante de los servicios prestados. c. Comprobante de pago de los servicios para los que solicita el crédito. d. Lista detallada de los servicios prestados.
3. La mayoría de las solicitudes de crédito completas se procesan en un plazo de 45 días.
4. Una vez aprobada la solicitud, el crédito se aplicará al límite máximo de gastos de bolsillo del afiliado al plan (consulte la Hoja de ayuda para conocer la definición). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros al [1-833-492-0679](tel:1-833-492-0679) (TTY 711). Conserve una copia de todos los recibos y de la documentación para sus registros.

Información del Suscriptor

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Información del Paciente

Número 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: _____ ¿El paciente tiene otro seguro? ☐ Sí ☐ No ¿El otro seguro hizo algún pago?: ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo, incluya el EOB del plan)

Nombre de la Otra Compañía de Seguros: _____ Número de Teléfono de la Otra Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza de la Otra Compañía de Seguros: _____

Información del Proveedor y de los Servicios

(Esta sección debe completarse, y necesitará la ayuda de su proveedor de atención médica para hacerlo.)

Nombre del Proveedor de Atención Médica: _____ Número de NPI del Proveedor de Atención Médica: _____ Número de Identificación (ID) Fiscal Federal del Proveedor de Atención Médica: _____ Número de Teléfono del Proveedor de Atención Médica: _____

Organización/Nombre del Grupo: _____ Número de NPI de Organización/Grupo: _____ Número de Teléfono de Organización/Grupo: _____ Lugar donde se recibió el tratamiento: _____

Dirección del Proveedor de Atención Médica: _____

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

Códigos de Diagnóstico	Descripción del Diagnóstico (por ejemplo, gripe, fractura de pierna, trastorno bipolar, asma)	Fecha del Servicio	Códigos de Procedimiento (para cada servicio proporcionado)*	Descripciones de los Procedimientos (por ejemplo, rayos X, consulta médica, análisis de laboratorio, colocación de yeso en piernas, etc.)*	Monto Pagado
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$

† El requisito de presentar la solicitud dentro de los seis meses no se aplicará si usted o su dependiente cubierto no tuvieron capacidad legal para presentar dicha documentación durante ese periodo.

Se requiere la firma del Miembro de Ambetter

Monto Total Pagado

\$

Ambetter of Oklahoma cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Ambetter of Oklahoma no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Doy fe de que la información anterior es verdadera y exacta, y de que los servicios se recibieron y pagaron según lo indicado anteriormente. Reconozco que, si alguna información incluida en este formulario es engañosa o fraudulenta, mi cobertura podrá ser cancelada y podré estar sujeto a sanciones penales y/o civiles por presentar reclamaciones falsas de atención médica.

También entiendo que Ambetter of Oklahoma puede solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para verificar que los servicios fueron recibidos y que el pago fue realizado.

Nombre en Letra de Imprinta

Firma

Fecha

Lista de verificación

1. He completado y firmado este formulario en su totalidad.
2. He adjuntado documentos de prueba de servicios recibidos (vea la hoja de ayuda para un ejemplo de prueba de servicio).
3. He adjuntado documentos de pago de servicios (ver la hoja de ayuda para un ejemplo de comprobante de pago).
4. Entiendo que la mayoría de las solicitudes se procesan dentro de los 45 días. Las solicitudes incompletas pueden tardar más tiempo.
5. Atestiguo que no estoy en un plan **Ambetter Health** (o atestiguo que estoy en un plan **Ambetter Premier**).

Envíe este formulario y toda la documentación a:

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

FORMULARIO DE CRÉDITO PARA GASTOS DE BOLSILLO POR SERVICIOS FUERA DE LA RED:

HOJA DE AYUDA/PREGUNTAS FRECUENTES

Pregunta	Respuesta
¿Para qué se usa este formulario?	Este formulario permite a los miembros de Ambetter of Oklahoma solicitar un crédito por servicios médicos elegibles que ya hayan recibido y pagado directamente a un proveedor, el que no presentará una reclamación al seguro.
¿Cuál es mi responsabilidad?	Los copagos, el coseguro y los servicios no cubiertos serán responsabilidad del paciente. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red y este factura un importe superior al cargo usual, razonable y habitual, el miembro será responsable de pagar (es decir, mediante facturación del saldo) la suma del importe correspondiente al coseguro y cualquier monto que exceda el cargo usual, razonable y habitual. ESTO NO ES UNA GARANTÍA DE CRÉDITO. El crédito efectivo por los servicios cubiertos se aplicará conforme al nivel de cobertura correspondiente según los beneficios de su plan.
¿Qué ocurre después?	Después de procesar su crédito, recibirá una Explicación de Beneficios (EOB). En la EOB se explican los cargos aplicados a su deducible (el monto fijo que usted paga por los servicios cubiertos antes de que la aseguradora comience a realizar pagos) y cualquier importe que deba pagar al proveedor. Conserve su EOB para futuras consultas. También puede consultar su Manual del Miembro en AmbetterHealth.com.
¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda para completar este formulario?	Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-492-0679 (TTY 711)
Nombre del Campo	Descripción
Información del Suscriptor	El suscriptor es la persona que: Se inscribe en Ambetter of Oklahoma y firma la solicitud de afiliación en su nombre y en el de sus dependientes, si los hubiera. Figura como titular del pago de la prima.
Número de Identificación (ID) de Miembro de Ambetter del Paciente	Número de identificación (ID) con sufijo, que figura en el frente de la tarjeta de identificación (ID) del miembro de Ambetter of Oklahoma Health.
Nombre del Paciente	Apellidos, Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre del paciente que recibió 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 caja que la de los padres.
Nombre del Proveedor, Dirección, Número de Teléfono, Número de Identificación (ID) Fiscal Federal del Proveedor:	Un proveedor puede ser, entre otros, un hospital, un médico, un optometrista, un psiquiatra, un trabajador social clínico con licencia, un proveedor de equipo médico duradero.
¿En qué lugar recibió el paciente tratamiento?	Por ejemplo, un consultorio, una sala de emergencias, un hospital para pacientes ambulatorios (para rayos X, pruebas), un hospital para pacientes internados, una clínica, una tienda de suministros médicos.
Diagnóstico: ¿Por qué motivo se atendió al paciente?	Proporcione un código de diagnóstico y una descripción detallada de la enfermedad o lesión. (por ejemplo, gripe, fractura de pierna, trastorno bipolar, asma)
Fecha del Servicio	Indique las fechas en que se prestaron los servicios al paciente.
Procedimientos, Servicios o Suministros Proporcionados	Proporcione un código de procedimiento y una descripción detallada. (por ejemplo, rayos X, consulta médica, análisis de laboratorio, colocación de yeso en piernas, etc.)
Monto Total Pagado	Monto total por el que solicita que se aplique un crédito a los importes de cobertura correspondientes.
Comprobante de los Servicios	Documento que demuestre que los servicios fueron efectivamente prestados, e incluya las fechas de prestación del servicio, los servicios proporcionados y los importes pagados.
Comprobante de Pago	Documento que demuestre que el proveedor recibió el pago efectuado por el miembro. Algunos ejemplos incluyen: el anverso y el reverso del cheque cancelado emitido a nombre del proveedor, o el anverso del cheque emitido al proveedor con la codificación bancaria; un estado de cuenta o comprobante de la tarjeta de crédito; una constancia del proveedor, en papel con membrete y con la firma de una persona autorizada, que indique que el pago fue recibido; o un recibo de los artículos adquiridos, con el nombre y la dirección del proveedor preimpresos, el detalle de los artículos y el monto pagado.

Envíe este formulario y toda la documentación a:

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