

Instrucciones para el crédito por gastos de bolsillo

Este formulario se utiliza para miembros de la Premier Network Bronze | Silver | Gold para solicitar un crédito para la atención de salud elegible que ha recibido y pagado directamente al proveedor, quien no presentará una reclamación al seguro.

¿Qué es un crédito para gastos de bolsillo?

Cuando utiliza su seguro para cubrir gastos de atención de salud, el monto que paga se aplica a su deducible o al máximo de gastos de bolsillo. Sin embargo, una ley reciente de Indiana le permite recibir un crédito llamado crédito por gastos de bolsillo. Puede usar este crédito para su deducible dentro de la red o el máximo de gastos de bolsillo por costos de atención de salud en situaciones específicas.

Este beneficio se aplica cuando usted paga directamente al proveedor sin involucrar a su seguro.

En esencia, esto garantiza que todos sus gastos médicos cubiertos cuenten para su deducible y su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red, incluso cuando no se utilice el seguro.

¿Puedo utilizar este formulario?

Si tiene un plan de Ambetter Health regulado por el Departamento de Seguros de Indiana (IDOI), es posible que reúna los requisitos para presentar una reclamación del crédito por gastos de bolsillo.

Para poder utilizar este formulario, se deben cumplir todas las siguientes condiciones:

- Usted pagó a un proveedor por un servicio cubierto por su plan de salud.
- El proveedor no ha presentado una reclamación a Ambetter Health por ese mismo servicio y no tiene previsto presentarlo.
- El monto que usted pagó al proveedor es inferior a la tarifa promedio con descuento que Ambetter Health normalmente paga a un proveedor que forma parte de la red de su plan por ese servicio.

¿Cómo uso este formulario?

Sus responsabilidades:

- Inicie sesión en su [cuenta de miembro en línea](#).
- Revise la [base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Indiana \(IN\)](#) para el servicio en cuestión.
- Visite a un proveedor y acuerde con él el costo de su atención de salud.
- Envíe un formulario completo con los siguientes elementos obligatorios:
 - Un recibo detallado
 - Comprobante de pago, como un estado de cuenta de su tarjeta de crédito

Nuestras responsabilidades:

- Revise su formulario y verifique el monto que pagó. El monto que pagó debe ser inferior a la tarifa promedio con descuento que pagaríamos a un proveedor que forme parte de la red de su plan por el mismo servicio.
- Aplique el crédito a su deducible dentro de la red y al máximo de gastos de bolsillo, si corresponde.

Envíe por correo el formulario completo junto con los elementos obligatorios indicados anteriormente a:

Ambetter Health
Advocate Out of Pocket Credit
P.O. Box 5010
Farmington, MO 63640-5010

¿Tiene preguntas?

Para recibir ayuda con este formulario, llame a Servicios al Miembro al 1-877-687-1182 (TTY: 1-800-743-3333), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.