



# TEXAS INDEPENDENCE HEALTH PLAN

Este formulario de reclamo se usa para solicitar reembolso de gastos cubiertos. Complete la información a continuación para decirnos más sobre su solicitud. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para acceder a las pautas de beneficios y montos elegibles para reembolso.

## **FORMULARIO DE RECLAMO DE REEMBOLSO PARA SOCIOS**

ID del socio o número de MBI: \_\_\_\_\_

Nombre del socio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del socio: \_\_\_\_\_

Dirección del socio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del socio: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor

\_\_\_\_\_  
(Si el médico es parte de un grupo, incluya el nombre del médico)

Número de NPI/ID fiscal del proveedor (El proveedor debe proporcionar esta información)

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del proveedor \_\_\_\_\_

Fecha de servicio: (p. ej., 01 07 2022) Mes \_\_\_\_\_ (Día) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_

Condición o diagnóstico: \_\_\_\_\_ Código de CPT: \_\_\_\_\_  
(El proveedor debe proporcionar esta información)

<b>Servicios prestados</b>	<b>\$ cargos</b>	<b>\$ importe pagado</b>
Visita al consultorio o consulta	\$ _____	\$ _____
Radiología	\$ _____	\$ _____
Anestesia	\$ _____	\$ _____
Servicios hospitalarios	\$ _____	\$ _____



# TEXAS INDEPENDENCE HEALTH PLAN

Servicios de la sala de emergencia	\$ _____	\$ _____
Laboratorio	\$ _____	\$ _____
Cirugía	\$ _____	\$ _____
Equipo médico duradero	\$ _____	\$ _____
Salud mental	\$ _____	\$ _____
Otro (descripción)	\$ _____	\$ _____

Explique el motivo por el que debe pagar por los servicios:

---

---

---

---

Confirmación:

Certifico que la información proporcionada junto con este reclamo es verdadera y correcta. Tengo conocimiento de que es un delito completar este formulario con información que yo sepa es falsa. Comprendo que la presentación de un reclamo no garantiza el pago del importe total. Si los servicios se consideran servicios cubiertos, el plan de salud me reembolsará el costo compartido menos cualquier deducible aplicable, coseguro, copago o parte compartida del costo para socios fuera de la red. Comprendo que no se realizarán pagos adicionales al proveedor por estos servicios.

Escribir en letra de molde el nombre del socio/representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma del socio/representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha



\* Los representantes autorizados deben completar el formulario del representante autorizado y presentarlo con este formulario de reclamo o contar con documentación legal válida que esté registrada con el plan de salud.

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE RECLAMO DE REEMBOLSO PARA SOCIOS**

El formulario de reclamo de reembolso se debe presentar para todos los reembolsos.

Debe asegurarse de que la información incluida es correcta. (p. ej., ID de socio, fecha de servicio, etc.)

A continuación, se incluyen los requisitos para recibir el reembolso.

1. El formulario se debe completar claramente.
2. El talonario original del proveedor que incluye el importe pagado.
3. Nombre y número de teléfono del proveedor.
4. Debe incluir el código y el diagnóstico del procedimiento usando el código correspondiente (ICD-10, CPT-4), la descripción, el nombre del proveedor y el número NPI/ID fiscal. Puede acceder a esta información comunicándose con el proveedor del servicio.

Guarde una copia de los documentos que se incluyen este reclamo.

Los reclamos se deben enviar en 120 días o antes, luego de la prestación del servicio, a la siguiente dirección:

Texas Independence Health Plan  
P.O. Box 94290 Lubbock, TX 79493  
Attn: Direct Member Reimbursement

Para preguntas o más información, llame al Departamento del servicio al socio a la línea gratuita 1-800-405-9681 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.