

A. Información del miembro	
*Nombre del miembro:	
*Fecha de nacimiento del miembro:	*Número de identificación del miembro:
*Nombre del patrocinador:	*Nombre del grupo:
B. Información del servicio	
*Nombre del proveedor de atención médica (médico, centro, farmacia, etc.)	
*Fecha del servicio:	*Cantidad pagada por el servicio:
*Enumere la enfermedad/lesión que requirieron tratamiento:	
*¿Fue la enfermedad o lesión consecuencia de un accidente?	Si la respuesta es "sí", fecha del accidente:
*¿El accidente requirió hospitalización?	Si la respuesta es "sí", nombre y dirección del hospital:
*¿Fue esta una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo?	Si la respuesta es "sí", nombre y dirección del empleador:
C. Otro seguro de salud	
*¿Tiene usted otra cobertura de seguro médico? Si la respuesta es "sí", de la siguiente información:	
Nombre y dirección de la aseguradora:	
Nombre y dirección del suscriptor:	
Número de identificación del suscriptor:	Número de grupo:

Firme y coloque la fecha abajo. Si no firma, este reclamo será denegado por no poder ser procesado.

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

SOLICITUD DE REEMBOLSO MÉDICO DEL PACIENTE

En la mayoría de los casos, el proveedor debe facturar a CHRISTUS Health Plan en la dirección que se indica en la parte posterior de la tarjeta de ID del miembro. Sin embargo, algunos proveedores fuera de la red pueden requerir el pago inmediato.

Para obtener el reembolso por los servicios **cubiertos fuera de la red**, tal como se describe arriba, solicitamos que la solicitud se envíe con este formulario y la documentación requerida, lo antes posible, después de recibir la atención. Sin embargo, este formulario y la documentación requerida **deben** ser enviados a la dirección indicada abajo dentro de los **365 días posteriores a la fecha del servicio**. Las solicitudes presentadas después de 365 días serán **rechazadas**.

Los reclamos de servicios cubiertos serán reembolsados al cargo permitido correspondiente menos el costo compartido del afiliado, o a los cargos facturados, lo que sea menor. Cualquier cargo que exceda el cargo permitido se considerará responsabilidad del afiliado y **no** será reembolsado por CHRISTUS Health Plan.

DIRECCIÓN PARA ENVIAR LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO

Envíe este formulario completo y la documentación requerida dentro de los **365 días posteriores a la fecha del servicio**, a la dirección indicada abajo:

CHRISTUS Health Plan
Claims Department
5101 N. O'Connor Blvd.
Irving, TX 75039

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE REEMBOLSO

Complete el formulario de solicitud de reembolso siguiendo las instrucciones indicadas abajo:

1. Complete la Sección A:

Escriba en letra de molde el nombre del Suscriptor/Número de afiliado tal como está impreso en la tarjeta de ID de afiliado de CHRISTUS Health Plan.

2. Complete la Sección B:

Escriba en letra de molde el nombre del médico, centro, farmacia u otro profesional de la salud del que se recibieron los servicios, la fecha del servicio y la cantidad pagada. De la mayor cantidad de información posible.

3. Complete la Sección C:

Si corresponde, escriba en letra de molde el nombre y la dirección de su otro seguro médico, así como la información adicional solicitada para la póliza del suscriptor/miembro. Si está presentando múltiples solicitudes de reembolso, esta sección solo puede completarse una vez, a menos que haya algún cambio que deba indicarse.

4. Adjunte comprobante de pago:

Adjunte una copia del recibo original o del cheque cancelado, así como una copia de la factura.

5. Adjunte el estado de cuenta detallado: El estado de cuenta detallado debe incluir lo siguiente:

- a) *Códigos de procedimiento (CPT/HCPC) para los servicios prestados*
- b) *Códigos de diagnóstico (DX) para los servicios prestados*
- c) *Fechas de servicio*
- d) *Número de identificación fiscal del proveedor (TIN/EIN), Identificador Nacional del Proveedor (NPI), nombre y dirección del proveedor*
- e) *Importe facturado por cada servicio*

Nota importante: Si no se incluyen este formulario y los documentos requeridos, el reclamo será denegado por falta de documentación. Podría tomar hasta 30 días para que su solicitud sea cargada y procesada en los sistemas de CHRISTUS. (La carga podría tardar aún más si se requiere investigación adicional para su solicitud). Las apelaciones no se deben presentar hasta que reciba una carta de determinación para este servicio por parte del plan.

Si tiene preguntas adicionales sobre sus beneficios, comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro de CHRISTUS Health Plan (CHRISTUS Health Plan Member Services department) al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro o revise los materiales para miembros, a los que se puede acceder en línea en christushealthplan.org.