



## Instrucciones para el crédito por gastos de bolsillo

Este formulario se utiliza para que los miembros de la red Premier EPO Bronze | Silver | Gold soliciten crédito por la atención médica elegible que ya han recibido y hayan realizado un pago directamente a un proveedor, que no presentará un reclamo de seguro.

### ¿Qué es un crédito por gastos de bolsillo?

Cuando utiliza un seguro para cubrir los gastos de atención médica, la cantidad que paga contribuye a su deducible y desembolso máximo. Sin embargo, una ley reciente de Texas le permite recibir un crédito llamado crédito por gastos de bolsillo. Puede usar este crédito para su deducible dentro de la red o su desembolso máximo para los costos de atención médica en situaciones específicas.

**Este beneficio se aplica cuando usted paga directamente al proveedor sin involucrar a su seguro.** Esencialmente, esto garantiza que todos sus gastos médicos cubiertos cuenten hacia su deducible dentro de la red y el máximo de gastos de bolsillo, incluso cuando no se utiliza el seguro.

### ¿Puedo utilizar este formulario?

Si tiene un plan médico PPO individual/familiar, estudiantil o grupal regulado por el Departamento de Seguros de Texas (TDI)\*, es posible que reúna los requisitos para presentar un reclamo para el crédito de gastos de bolsillo de PPO.

### Todo lo siguiente debe ser cierto para poder utilizar este formulario:

- Usted le pagó a un proveedor por un servicio que está cubierto por su plan médico.
- El proveedor no ha presentado un reclamo, y no planea presentar un reclamo, a Ambetter from Superior HealthPlan por el mismo servicio.
- La cantidad que usted pagó al proveedor es menor que la tarifa promedio con descuento que Ambetter Health normalmente paga a un proveedor que está en la red de su plan por el servicio.

### ¿Cómo utilizo este formulario?

#### Sus responsabilidades:

- Inicie sesión en su [cuenta de miembro por Internet](#)

**Ambetter.SuperiorHealthPlan.com**

SHP\_202410968

- Revise **nuestra herramienta de comparación de costos** para el servicio en cuestión.
- Visite a un proveedor y acuerde con él un costo para su atención.
- Envíe un formulario completo con estos elementos requeridos:
  - Un recibo desglosado
  - Comprobante de pago, como un estado de cuenta de tarjeta de crédito

#### **Nuestras responsabilidades:**

- Revise su formulario y verifique la cantidad que pagó. La cantidad que pagó debe ser menor que la tarifa promedio con descuento que pagaríamos a un proveedor que está en la red de su plan por el mismo servicio.
- Acredite su deducible dentro de la red y el máximo de gastos de bolsillo, si es necesario.

#### **Envíe por correo el formulario completo con los elementos requeridos anteriormente a:**

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

#### **¿Tiene alguna pregunta?**

Para obtener ayuda con este formulario, llame a Servicios para miembros al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

*\*Busque el símbolo TDI en su tarjeta de identificación para ver si esto se aplica a usted.*

Ambetter from Superior HealthPlan incluye planes de organización de proveedores exclusivos (EPO) cubiertos por Celtic Insurance Company y planes de organización para el mantenimiento de la salud (HMO) cubiertos por Superior HealthPlan, Inc. Estas empresas son emisoras de planes de salud calificados en el Mercado de Seguros de Salud de Texas. Esta es una promoción de seguro. ©2024 Celtic Insurance Company, ©2024 Superior HealthPlan, Inc. Todos los derechos reservados. Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. Si usted o alguien a quien ayuda tiene preguntas sobre Ambetter from Superior HealthPlan y no domina el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno y en el momento oportuno. Si usted o alguien a quien ayuda tiene una condición auditiva o visual que impide la comunicación, tiene derecho a recibir ayudas y servicios auxiliares sin costo alguno y en el momento oportuno. Para recibir servicios de traducción o auxiliares, llame a Servicios al Miembro al 1 877 687 1196 (Relay Texas/TTY 1 800 735 2989). Para obtener más información sobre su derecho a recibir atención de Ambetter from Superior HealthPlan libre de discriminación o sobre su derecho a obtener servicios de idiomas, asistencia visual o auditiva, visite AmbetterHealth.com y desplace el cursor hasta el final de la página.

**Ambetter.SuperiorHealthPlan.com**

SHP\_202410968