

Presentación del reclamo de pago: Sírvase cerciorarse de que tanto usted como su médico o profesional médico llenen este formulario en su totalidad a fin de que se le reembolse oportunamente por los servicios médicos que cubre el plan. **ES OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS POR LOS SERVICIOS QUE SE PRESTEN DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS. SI ESTÁ PRESENTANDO UNA DEMANDA DE SEGURO POR SERVICIOS QUE SE PRESTEN FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS, NO SE EXIGE QUE SE APORTEN LOS NÚMEROS NPI O TIN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS.**

Datos del Asegurado						
Nombre del paciente:		Número de identificación del paciente:				
Nombre del asegurado:		Fecha de nacimiento del paciente:		Número de teléfono del paciente: ()		
Domicilio:						
Ciudad:		Estado:		Código postal:		
Datos del Proveedor de Servicios Médicos						
Nombre del proveedor de servicios médicos:						
Número de teléfono del proveedor:		Número TIN del proveedor:		Número NPI del proveedor:		
Dirección del proveedor:						
Ciudad:		Estado:		Código postal:		
Datos de la Factura/del Reclamo de Pago						
Autorización del pago: Autorizo que se haga el pago directamente a los proveedores de servicios médicos que se indican en la factura adjunta por los beneficios médicos que de lo contrario se me pagarían a mí por los servicios que me hayan prestado.						
<input type="checkbox"/> Si contestó afirmativamente, sírvase marcar el cuadrado y firmarlo: _____						
Sitio del servicio: Marque uno: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Consultorio del médico <input type="checkbox"/> Hospital (paciente internado) <input type="checkbox"/> Hospital (paciente ambulatorio) </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Atención médica urgente/de emergencia <input type="checkbox"/> Otro profesional médico (equipos médicos duraderos, servicios de laboratorio, etc.) </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Consultorio del médico <input type="checkbox"/> Hospital (paciente internado) <input type="checkbox"/> Hospital (paciente ambulatorio)	<input type="checkbox"/> Atención médica urgente/de emergencia <input type="checkbox"/> Otro profesional médico (equipos médicos duraderos, servicios de laboratorio, etc.)
<input type="checkbox"/> Consultorio del médico <input type="checkbox"/> Hospital (paciente internado) <input type="checkbox"/> Hospital (paciente ambulatorio)	<input type="checkbox"/> Atención médica urgente/de emergencia <input type="checkbox"/> Otro profesional médico (equipos médicos duraderos, servicios de laboratorio, etc.)					
Fecha en que se prestó el servicio:			Monto total que se pagó:			
Código del diagnóstico:	1.	2.	3.	4.		
Código de CPT/HCPCS/REV:	Procedimiento, servicios médicos o descripción de los suministros:		Número de servicios/ unidades	Cobros		
Certifico que las declaraciones de más arriba son veraces y correctas. <input type="checkbox"/>		Firma:		Fecha:		

Indicaciones Para Presentar un Reclamo de Reembolso del Asegurado

- Escriba a máquina o en letra de molde la información que se solicita para llenar el formulario.
- Cada proveedor de servicios médicos tiene que llenar un formulario de solicitud de reembolso aparte para cada paciente.
- No presente un formulario si su médico u otro profesional médico también están presentando un reclamo de pago a True Health New Mexico por el mismo servicio.
- Adjunte una factura detallada, un recibo detallado o un formulario de reclamo de pago por cada servicio.
- Adjunte explicaciones de los beneficios de otras compañías de seguros principales, si corresponde.
- Sírvase guardar fotocopia de cada factura detallada o recibo para su información. No se le devolverán los recibos.
- Todos los reclamos de pago del extranjero se tienen que traducir y la moneda se tiene que convertir a dólares de los EE. UU.
- Dispone de un año (365 días), a partir de la fecha en que se prestaron los servicios, para presentar los reclamos de pago.
- El asegurado, el paciente o la parte responsable tienen que firmar los formularios de reclamo de pago y se le tienen que poner la fecha.

Datos Sobre los Beneficios del Asegurado

El paciente tiene la responsabilidad de pagar los copagos, los deducibles, el coseguro y los servicios que no cubra el plan.

Si usted recibe atención de un proveedor de servicios médicos que no forme parte de la red del plan y el proveedor de servicios médicos cobra más que la tarifa razonable habitual, el asegurado tiene la responsabilidad de pagar la suma del coseguro y toda suma que sobrepase la tarifa razonable habitual.

Si se ha entregado correctamente toda la información, usted puede suponer que se procesará su reclamo de pago en los siguientes 30 a 45 días, a partir de la fecha en que lo haya recibido True Health New Mexico. **ESTA NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO.** El pago final se hará al nivel apropiado conforme a los beneficios de su plan.

Información de Contacto y de Correo

Si tiene preguntas o necesita ayuda, sírvase llamar al centro de servicio al cliente de True Health New Mexico al **1-844-508-4677**.

Envíe el formulario de reembolso del asegurado a:

True Health New Mexico

P.O. Box 830955

Birmingham, AL 35283-0955

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Navajo	Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-844-508-4677 (TTY: 711.)
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-508-4677 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-508-4677 (TTY : 711) 。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-508-4677 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Korean	주의 : 한국어를 말할 때 무료로 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 1-844-508-4677 (TTY : 711)로 전화하십시오.
Tagalog-Filipino	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-508-4677 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-508-4677 (ATS: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-508-4677 (телетайп: 711).
Hindi	सावधानी: यदि आप अंग्रेजी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क, आपके लिए उपलब्ध हैं। 1-844-508-4677 पर कॉल करें (टीटीवी: 711)।
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-844-508-4677 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Thai	ความสนใจ: หากคุณพูดภาษาไทยมีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี โทร 1-844-508-4677 (TTY: 711)



Notice of Non-Discrimination and Accessibility *Aviso de no discriminación y accesibilidad*

The following is a statement describing nondiscrimination for True Health New Mexico and the services it provides to its clients and members.

- We do not discriminate on the basis of race, color, creed or religion, sexual orientation, national origin, age, disability, or gender in our health programs or activities.
- We provide help free of charge to people with disabilities or whose primary language is not English. To ask for a document in another format such as large print, or to get language help such as a qualified interpreter, please call True Health New Mexico Customer Service at 1-844-508-4677, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 5:00 p.m. TTY: 1-800-659-8331.
- If you believe that we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can send a complaint to: True Health New Mexico Compliance Hotline, 2440 Louisiana Blvd. NE, Suite 601, Albuquerque, NM 87110. Phone: 1-855-882-3904. Fax: 1-866-231-1344.

You also have the right to file a complaint directly with the U.S. Dept. of Health and Human Services online, by phone, or by mail:

- Online: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Phone: Toll-free: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
- Mail: U.S. Dept. of Health & Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201

Aviso de no discriminación y accesibilidad

A continuación presentamos una declaración que resume la norma de no discriminación de *True Health New Mexico* y los servicios que prestamos a nuestros clientes y asegurados.

- No discriminamos por la raza, el color, el credo o la religión, la orientación sexual, el origen nacional, la edad, las discapacidades o el sexo en nuestras actividades o programas de salud.
- Ayudamos gratuitamente a las personas que tienen discapacidades o cuyo idioma nativo no es el inglés. Para pedir un documento en otro formato, como en letra grande, o para recibir la ayuda de un intérprete calificado, favor de llamar al Centro de Atención al Cliente de *True Health New Mexico* al 1-844-508-4677, para los servicios TTY llame al 1-800-659-8331, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde.
- Si usted cree que no hemos prestado estos servicios o que le hemos discriminado de alguna otra manera por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja a: *True Health New Mexico* Compliance Hotline, 2440 Louisiana Blvd. NE, Suite 601, Albuquerque, NM 87110. Teléfono: 1-855-882-3904. Fax: 1-866-231-1344.

Además, tiene derecho a presentar una queja directamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. [*U.S. Dept. of Health and Human Services*] ya sea en línea, por teléfono o por correo:

- En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de queja están a su disposición en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Por teléfono: Línea telefónica gratis: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
- Por correo: U.S. Dept. of Health & Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201