

Solicitud de cobranza de gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro Request for Collection of Uninsured Health Care Expenses

PARA:

ASUNTO:

NÚMERO DE CASO:

La División de Manutención de Menores (DCS) podría cobrar gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro si usted no ha recibido pago del padre que está obligado a pagar los gastos de acuerdo con una orden existente de manutención de menores. Los gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro incluyen los gastos, copagos, deducibles y primas de seguro referentes al cuidado médico, dental, de la vista y de farmacias. Usted puede incluir pagos por equipos médicos si entrega comprobantes de que los equipos fueron prescritos por un profesional de atención médica.

Lea toda la información siguiente y siga todas las instrucciones para evitar que se deniegue su solicitud.

Usted puede solicitar a DCS que cobre estos gastos **si todas las condiciones siguientes son verdaderas:**

1. Usted es padre o madre de un niño para el que ha incurrido en gastos de cuidado de la salud.
2. Usted tiene una orden de manutención de menores del Estado de Washington que requiere que el otro padre pague en todo o en parte los gastos de cuidado de la salud.
3. Usted ha pagado al menos \$500.00 de gastos de cuidado médico no cubiertos por el seguro para el hijo de ese padre.
4. Su hijo recibió los servicios de cuidado de la salud en los últimos 24 meses.
5. La última orden de reembolso para gastos de cuidado de la salud fue al menos hace 12 meses.
6. Usted solicitó el pago directamente al otro padre por estos gastos o puede justificar por qué no lo hizo.
7. Usted no ha recibido el pago total por parte del padre que debe pagar de acuerdo con la orden.

Instrucciones

Utilice el formulario adjunto **Hoja de detalles - Gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro** para listar los gastos de cuidado de la salud de su hijo. Utilice un formulario distinto para cada padre el que solicite reembolso.

Conteste, feche, firme y entregue la **Hoja de detalles - Gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro**. Asegúrese de seguir las instrucciones del formulario. Si solicita el reembolso de primas de seguro de salud que pagó para sus hijos, llene la sección de Seguro de Salud.

Lea cuidadosamente el Permiso para compartir documentos para reembolso de gastos médicos.

1. Debe marcar una de las casillas de la página 2.
2. Debe fechar, firmar y entregar el formulario al DCS junto con la **Hoja de detalles** y copias de las facturas, recibos, pagos y otros documentos.

Adjunte fotocopias legibles de sus registros detallados de gastos y registros de pagos.

1. DCS no puede devolverle estos registros.
2. No use marcatextos en ninguno de los registros. Esto vuelve ilegible el documento.

Los registros deben mostrar los nombres de los niños, las fechas de los servicios, todos los cobros y todos los pagos. Estos registros podrían incluir:

1. La explicación de los beneficios de la compañía de seguros, con el comprobante de que pagó el monto de la responsabilidad del paciente.
2. Un estado de cuenta, recibo o registro contable del proveedor de cuidado de la salud que muestre los nombre de los niños, los cobros, los pagos y quién hizo el pago (el seguro o el cliente).

DCS enviará copias de las facturas, recibos, explicación de beneficios y registros de pago al padre que está obligado a pagar. **Borre de los registros toda la información personal que no quiera que el otro padre vea.** Guarde los originales o las copias (con toda la información visible) para su futura referencia. Cuando borre información personal, envíe también al DCS una copia con toda la información visible para nuestros registros. Algunos ejemplos de información personal son su dirección, número de teléfono, números de seguro social, números de cuenta o información bancaria que aparezca en sus recibos, e información médica delicada como los números de receta y ciertos diagnósticos.

Envíe los formularios llenos y los documentos solicitados al DCS al número de fax o dirección que aparecen abajo.

FECHA

REPRESENTANTE AUTORIZADO
DIVISION OF CHILD SUPPORT

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

Dentro _____ del área de llamada _____

Fuera _____ del área de llamada _____

Fax: 866-668-9518

Servicios TTY/TDD disponibles para las personas con discapacidad auditiva o del habla.

Visite nuestra página web en: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

No se discriminará a ninguna persona para fines de empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa debido a su raza, color, origen nacional, credo, religión, sexo, edad o discapacidad. Este formulario está disponible en diferentes formatos a solicitud del interesado.