

Beneficio de tratamiento alternativo para miembros



Los miembros de Community Health Plan of Washington (CHPW) Apple Health (Medicaid) pueden recibir reembolsos por tratamientos de acupuntura, quiropráctica y masajes.

CHPW Apple Health cubre algunos servicios bajo una red abierta. Eso significa que pagamos por los tratamientos que reciben los miembros bajo estas condiciones:

- El tratamiento es **acupuntura, quiropráctica o masajes**.
- La persona que presta el servicio tiene la debida **licencia de Washington**.
- El proveedor le facturará a CHPW.

Los miembros **no** necesitan una referencia de su médico habitual para utilizar estos servicios.

Algunos proveedores no pueden o no saben cómo facturarnos. En esos casos, reembolsaremos a los miembros el costo del servicio. (La propina no está incluida en el monto que pagaremos).

Complete el formulario que figura en el reverso (pág. 2) y devuélvalo a:



CHP Claims
P.O. Box 269002
Plano, TX 75026-9002

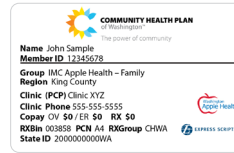
Los miembros pueden enviar el formulario que figura en el reverso (pág. 2) por correo.



mychpw.chpw.org

También pueden enviarlo por correo electrónico a través del portal seguro en línea para miembros myCHPW de CHPW.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con el Servicio al cliente de CHPW al 1-800-440-1561 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



El número de identificación del miembro se encuentra en el frente de la tarjeta CHPW.

Información del miembro:

Member Information:

Nombre

First Name

Apellido

Last Name

Número de identificación del miembro

Member ID Number

Fecha de nacimiento

Date of Birth

Dirección postal

Mailing Address

Ciudad, estado y código postal

City, State, ZIP

Información del proveedor:

Provider Information:

Nombre del proveedor *(Ejemplo: Jane Johnson)*

Provider Name (Example: Jane Johnson)

Nombre del centro *(Ejemplo: Servicios de mensajería de Evergreen)*

Facility Name (Example: Evergreen Message Services)

Dirección del proveedor o centro

Provider and/or Facility Address

Información del servicio:

Service Information:

Fecha del servicio

Date of Service

Comprobante de pago

(Ejemplo: un recibo. Si está adjuntando su superfactura, puede comunicarlo en este momento).

Proof of Payment (Example: a receipt. If you're attaching your superbill, you can say so here.)

Código de procedimiento

Procedure Code

Código de diagnóstico

Diagnosis Code

“¿Dónde puedo obtener información sobre proveedores y servicios?”

Después de que los miembros reciben un tratamiento de masaje, quiropráctica o acupuntura, los proveedores deben entregarles una factura, también denominada **superfactura**. En ella se mencionará esta información. Si los miembros de CHPW no están seguros de cómo obtener su superfactura o no están seguros de que tenga la información que necesitan, pueden llamar al Servicio al cliente de CHPW para obtener ayuda al 1-800-440-1561 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

RECOMENDACIÓN:

Sugerimos que los miembros hagan una copia de su superfactura y la envíen a CHPW con este formulario.