



**CCPU**  
HEALTH CARE FUND

## **Documentación Aceptable**

Recibos de reembolso

# Cómo asegurarse de que su documentación QHP sea aceptable



## Recibos de reembolso

¿Qué se requiere para que sea aceptado?

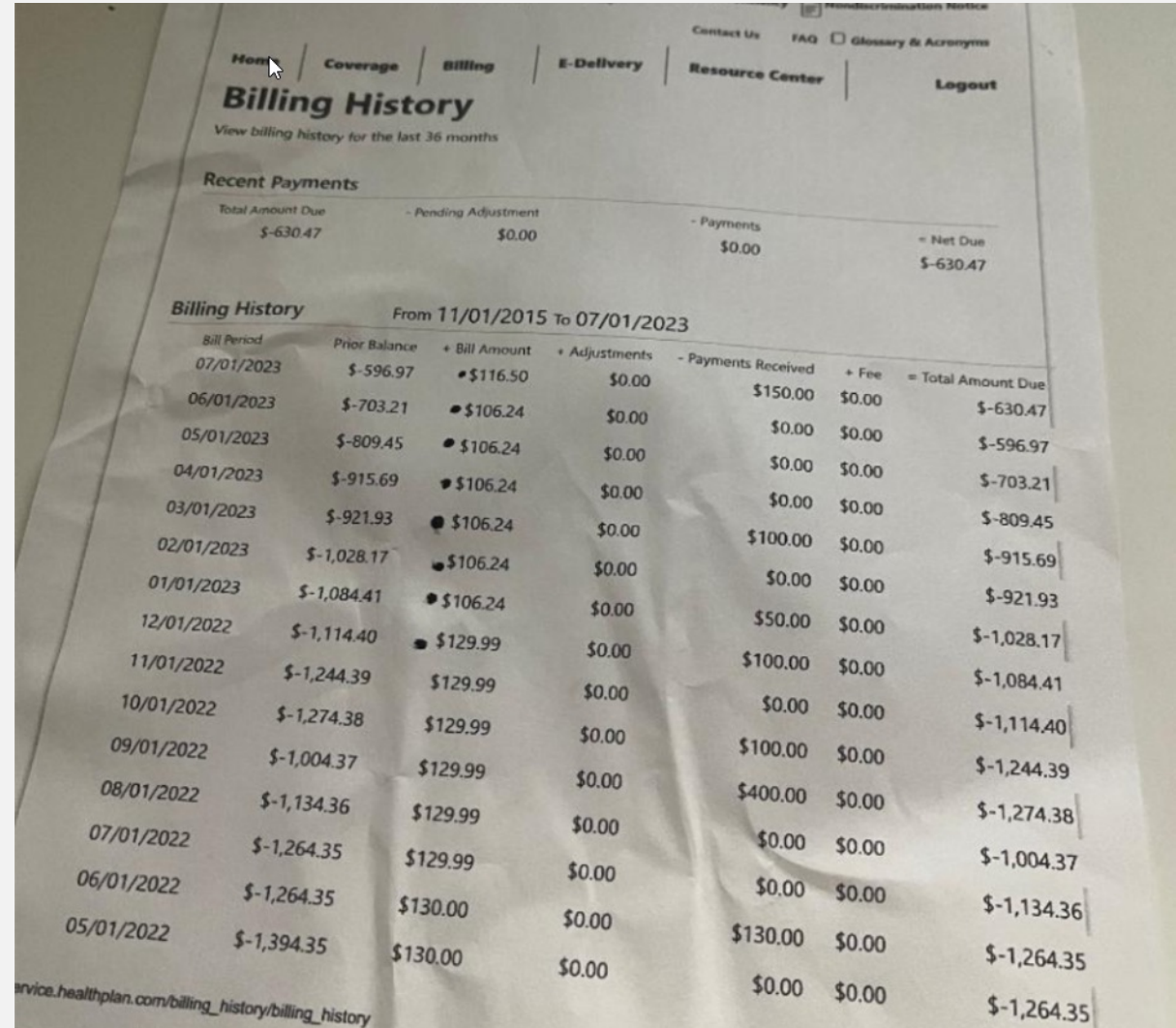
- **Nombre del proveedor:** Debemos asociar el documento con el proveedor que solicita el reembolso.
- **Fecha del servicio/bienes adquiridos:** Debemos confirmar que el pago corresponde a los servicios incurridos en el año del plan actual y en o después de la fecha de vigencia del beneficio para el proveedor.
- **Para qué se pagó el dinero:** Este programa tiene un conjunto específico de gastos elegibles según el tipo de beneficios que tenga. Tenemos que tener prueba de que el proveedor pagó por los servicios/bienes cubiertos por su plan de seguro médico.
  - *Nota: **NUNCA** necesitaremos su diagnóstico médico. Necesitamos ver que los cargos fueron por un gasto elegible: Receta cubierta, copago, coseguro, deducible, etc.*
- **Monto:** Necesitamos ver el monto necesario para el reembolso.

# Cómo asegurarse de que su documentación QHP sea aceptable

## Recibos de reembolso

### Inaceptable

- No mostramos el nombre del proveedor, no mostramos para qué fueron estos pagos (copago, RX, Prima, etc.) y algunas de las fechas son en el año 2022.



Home Coverage Billing E-Delivery Resource Center Logout

Contact Us FAQ Glossary & Acronyms

### Billing History

View billing history for the last 36 months

Recent Payments

Total Amount Due	- Pending Adjustment	- Payments	- Net Due
\$-630.47	\$0.00	\$0.00	\$-630.47

#### Billing History

From 11/01/2015 To 07/01/2023

Bill Period	Prior Balance	+ Bill Amount	+ Adjustments	- Payments Received	+ Fee	= Total Amount Due
07/01/2023	\$-596.97	• \$116.50	\$0.00	\$150.00	\$0.00	\$-630.47
06/01/2023	\$-703.21	• \$106.24	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$-596.97
05/01/2023	\$-809.45	• \$106.24	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$-703.21
04/01/2023	\$-915.69	• \$106.24	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$-809.45
03/01/2023	\$-921.93	• \$106.24	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$-915.69
02/01/2023	\$-1,028.17	• \$106.24	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$-921.93
01/01/2023	\$-1,084.41	• \$106.24	\$0.00	\$50.00	\$0.00	\$-1,028.17
12/01/2022	\$-1,114.40	• \$129.99	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$-1,084.41
11/01/2022	\$-1,244.39	\$129.99	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$-1,114.40
10/01/2022	\$-1,274.38	\$129.99	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$-1,244.39
09/01/2022	\$-1,004.37	\$129.99	\$0.00	\$400.00	\$0.00	\$-1,274.38
08/01/2022	\$-1,134.36	\$129.99	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$-1,004.37
07/01/2022	\$-1,264.35	\$129.99	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$-1,134.36
06/01/2022	\$-1,264.35	\$130.00	\$0.00	\$130.00	\$0.00	\$-1,264.35
05/01/2022	\$-1,394.35	\$130.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$-1,264.35

service.healthplan.com/billing\_history/billing\_history

# Cómo asegurarse de que su documentación QHP sea aceptable



## Recibos de reembolso

### Parcialmente aceptable

- Reclamo por \$200.00: Solo aprobaríamos y pagaríamos \$50.00, lo que se muestra como aplicado al deducible, pero requeriríamos información adicional para el saldo anterior de \$150.00 y negaríamos ese monto hasta que se presente documentación adicional.

CCPU Chiropractic  
122 Main St., Irvine, CA 91123  
(888) 546-1234

*Achieve Better Health Through Chiropractic!!!*

Date: 03/31/23 Account #

**Receipt**

**Patient:** John Doe  
111 Elm Street  
Bakersfield, CA 93222

**Insured:** John Doe  
Insurance ID: 123456789  
Date of Birth: 05/12/1982

**Providers:**  
1 Terry D. Morgan, DC

Date	Service Description	Dr. Cond.	Patient Adjust	Patient Charge	Patient Receipt	Patient Balance
	Prior Balance					150.00
03/31/23	Applied to Deductible	1		50.00		200.00
				50.00		200.00

# Cómo asegurarse de que su documentación QHP sea aceptable



## Recibos de reembolso

### Inaceptable

- Necesitaríamos un documento complementario que muestre la fecha del servicio por los \$41.38. Podemos ver en el cuadro de la izquierda que el hospital facturó al seguro del proveedor, y esta es responsabilidad del proveedor, por lo que estamos seguros de que el cargo es elegible. Necesitamos la fecha del servicio para garantizar que los cargos sean por bienes/servicios que se produzcan en o después de la fecha de inicio del beneficio del proveedor.

**Sutter Health**  
Sutter Medical Foundation

Patient Name: Jane Doe  
Guarantor Name: Jane Doe  
Guarantor Account #: 0123456  
Bill Date: 05/04/23

Page 1 of 2

PHYSICIAN SERVICES BILL SUMMARY	
Previous Balance	\$ 41.38
New Charges	0.00
Payments/Adjustments	0.00
New Balance	\$ 41.38

**Payment Due**  
Your Insurance Has Been Billed.  
Your Responsibility To Pay Is  
**\$ 41.38**  
Please Pay In Full By  
**Due Now**  
\*\*\*FINAL NOTICE\*\*\*

**Pay Online (Recommended)**  
sutterhealth.org/billing-insurance or scan

**Set Up Automated Payment Plan**  
sutterhealth.org/mho-billing

**Pay By Phone (24/7)**  
Call (866) 881-0736.

**Pay By Mail**  
Send your check(s) only using the coupon below.

**Billing Help**  
Call (866) 681-0736, Billing Representatives are available 7:00am - 5:00pm, Monday through Friday. When asked, please provide your account number, which is 0123456

**Financial Assistance**  
Call (866) 681-0736. Please tell us if you cannot pay your bill in full and let us help you. Monthly

# Cómo asegurarse de que su documentación QHP sea aceptable



## Recibos de reembolso

### Inaceptable

- No demostramos que este pago de \$87.00 fuera por un gasto elegible cubierto por el seguro (copago, RX, prima, etc.).

**Jane Doe** (account: 0123456) ↕

Contacts > Jane Doe > Transactions

Transaction Date	Account Holder	Auth Amount (USD)	Transaction Amount (USD)	Description	Tags	Batch	Account Type
Last 90 Days							
8/26/2023 8:25 am	HFCC LLC	\$ 18.00	\$ 18.00	EMU OIL	POS	516	VISA
8/26/2023 8:24 am	Jane Doe	\$ 18.00	\$ 18.00	EMU OIL	POS		VISA
8/26/2023 8:24 am	HFCC LLC	\$ 50.00	\$ 50.00	copay + cold laser		516	VISA
8/26/2023 8:23 am	Jane Doe	\$ 50.00	\$ 50.00	cold laser+ Copay			VISA
8/19/2023 8:45 am	HFCC LLC	\$ 15.00	\$ 15.00	copay		512	VISA
8/19/2023 8:44 am	Jane Doe	\$ 15.00	\$ 15.00	copay			VISA
8/12/2023 11:08 am	Jane Doe	\$ 15.00	\$ 15.00	copay		508	VISA
8/4/2023 12:49 pm	Jane Doe	\$ 87.00	\$ 87.00	consult		503	VISA

# Cómo asegurarse de que su documentación QHP sea aceptable



## Recibos de reembolso

### Aceptable

- La documentación muestra el nombre del proveedor, la fecha del servicio, muestra qué servicios se pagaron (visita al consultorio y laboratorios) y muestra cuál es la responsabilidad monetaria del paciente/proveedor (cantidad que reembolsaremos).



Patient Name: Jane Doe  
Guarantor Name: Jane Doe  
Guarantor Account #: 012345679885  
Bill Date: 10/31/23

Page 2 of 2

#### ① Office Visit

**Date of Service** 01/11/23 **Provider:** NP, Family Medicine

Charges	\$ 247.00
Patient Payments	-14.00
Insurance Payments/Adjustments	0.00
Amount You Will Need To Pay	<b>\$ 233.00</b>

Insurance Remarks

#### ② Laboratory/Pathology

**Date of Service** 01/14/23 **Provider:** Jon L Keller MD, Laboratory Medicine

Charges	\$ 197.00
Patient Payments	0.00
Insurance Payments/Adjustments	-74.60
Amount You Will Need To Pay	<b>\$ 122.40</b>

Insurance Remarks

A,

**Payment Due \$ 355.40**

**Please Pay In Full By: Due Now**

Insurance Remarks

A-Deductible Amount

# Cómo asegurarse de que su documentación QHP sea aceptable



## Recibos de reembolso

### Inaceptable

- Esto no es aceptable. No tenemos una fecha de servicio, ni información sobre a qué se aplica este total (copago, receta, deducible, etc.) y no podemos verificar para quién son estos cargos (la factura está a nombre del cónyuge, los cargos pueden ser para el cónyuge o el proveedor).

Page 1 of 6

**KAISER PERMANENTE.** JANE DOE  
\*\*\*ELECTRONIC\*\*\* Bill date: 10/12/2023  
Account number: 123456789

**Your professional medical bill**

**Pay online - it's easy!**  
Pay your medical bills at [kp.org/paymedicalbills](http://kp.org/paymedicalbills) or through the guest pay portal at [kpscal.webpay.md](http://kpscal.webpay.md).

**Pay by phone**  
1-800-390-3507 (TTY 711)  
Weekdays 6 a.m. to 5 p.m. PT

**Pay by mail**  
Use the form below to send in your payment in the envelope provided.

**Need help or have a question?**  
You can call us at:  
1-800-390-3507 (TTY 711)  
Weekdays 6 a.m. to 5 p.m. PT

**Can't pay? We can help.**  
If you'd like to set up a payment plan or if you need financial aid, please call us at the number above.

Billed to plan:	\$1,851.00
Covered by plan:	-\$1,511.81
Paid by you:	-\$18.62
Total account balance:	\$320.57
<b>Past due charges:</b>	<b>\$320.57</b>

**Minimum amount due:**  
**\$320.57**  
**Due by: 12/11/2023**

**About your payment plan**  
This is your final notice. According to our records, your payment plan is past due. Please pay the amount you owe in full, or contact us immediately to arrange payment and prevent your past due balance from being assigned to a collection agency.

Kaiser Permanente is here to help.  
If you are experiencing financial hardship at this time, you may be eligible for additional assistance.

Pay with a credit card, or write a check payable to Kaiser Permanente. Be sure to write your account number on your check. Tear off this part and send it with your check, money order, or credit card information in the envelope provided.

**KAISER PERMANENTE.** P 5  
Please do not send payment to this address.  
Kaiser Permanente  
P.O. Box 123204  
El Cerrito Hills, CA 94702-5024

Account number: 123456789  
Amount you owe: \$320.57

Amount paid: \$ \_\_\_\_\_  
Cardholder signature: \_\_\_\_\_  
Cardholder name: \_\_\_\_\_  
Card number: \_\_\_\_\_ Exp. date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

JANE DOE  
123 MAIN STREET  
IRVINE, CA 92000

ELECTRONIC

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN  
P.O. BOX 711514  
LOS ANGELES, CA 90076-1514



# Cómo asegurarse de que su documentación QHP sea aceptable

## Recibos de reembolso

### Aceptable

- La documentación muestra el nombre del proveedor, la fecha del servicio, muestra qué servicios se pagaron (visita al consultorio, procedimientos y laboratorios) y muestra cuál es la responsabilidad monetaria del paciente/proveedor (monto que reembolsaremos) DESPUÉS de que el seguro pague su parte (cubierto por el plan).



### Your professional medical bill

Details about your new charges and payments

Service date	Post date	Location	Provider	Description	Billed to plan	Covered by plan	Your share	
							Paid by you	You owe
<b>DOE, JANE</b>								
10/14/22		CHINO HILLS REGIONAL LAB	MCLAREN, S	82274 - FECAL BLOOD LAB TEST	\$99.00	-\$24.75		\$74.25
11/22/22		VICTORVILLE MEDICAL OFF P	SINGH, S	99214 - OFFICE VISIT	\$258.00	-\$64.50		\$193.50
11/22/22		VICTORVILLE MEDICAL OFF P	SINGH, S	86209 - REMOVAL OF IMPACTED EAR WAX	\$52.00	-\$13.00		\$39.00
05/16/23	05/16/23	VICTORVILLE MEDICAL OFF P	HERNANDEZ RUBIO, A	96372 - INJECTION BENEATH SKIN OR INTO MUSCLE 1003 - PATIENT PAYMENT [CREDIT CARD]	\$134.00	-\$126.00	-\$3.62	\$4.38
05/16/23		VICTORVILLE MEDICAL OFF P	ARAUJO, R	99212 - OFFICE VISIT	\$123.00	-\$116.00		\$5.00
06/01/23	06/01/23	VICTORVILLE MEDICAL OFF P	LIVINGSTON, E	99204 - OFFICE VISIT 1003 - PATIENT PAYMENT [CASH]	\$357.00	-\$352.00	-\$5.00	\$0.00
06/01/23		VICTORVILLE MEDICAL OFF P	LIVINGSTON, E	99051 - SERVICES PROVIDED DURING EXPANDED OFFICE HOURS	\$100.00	-\$100.00		\$0.00
<b>PROFESSIONAL BILL TOTAL FOR DOE, JANE</b>					<b>\$1,123.00</b>	<b>-\$798.25</b>	<b>-\$8.62</b>	<b>\$316.13</b>
<b>DOE, JANE</b>								
06/01/23	06/01/23	VICTORVILLE MEDICAL OFF P	WINDERWEE DLE, J	99203 - OFFICE VISIT 1003 - PATIENT PAYMENT [CASH]	\$241.00	-\$236.00	-\$5.00	\$0.00