TEXAS Health and Human Services Commission

Medical Payments Form
Formulario de Gastos Médicos

This Medical Payments Form can save you money! Use this form to write down what you pay for your children's health care during the **Enrollment Period** shown below. When your Running Total reaches your **Payment Limit** shown below, mail this form back to us. After we process your Medical Payments Form, you will receive a new Health Plan ID card to get CHIP services at no cost for the rest of your Enrollment Period. You will get a new Medical Payments Form for each Enrollment Period.

Este Formulario de gastos médicos puede ahorrarle dinero. Use este formulario para anotar cuanto gasta en el cuidado médico de sus hijos durante el ***período de inscripción*** *anotado abajo. Cuando el total de sus gastos alcance a su* ***Límite de gastos****, también anotado más abajo, envíe por correo este formulario a nuestras oficinas. Después de que revisemos su Formulario de gastos médicos, el plan de salud le enviara una tarjeta de identificación nueva que le permitirá recibir los servicios de CHIP sin costo alguno durante el resto de su período de inscripción. Usted recibirá un Formulario de gastos médicos nueva cada período de inscripción.*

Case Number / *Número de caso*:
Payment Limit / *Límite de gastos*:
Enrollment Period / *Periodo de inscripción*:

Instructions

1. Make sure your information above is correct. If something is wrong, cross through it and write the correct information.
2. On this sheet, starting on Line Number 1, write down what you pay for the following expenses:
   - Office visit co-pays
   - Prescription medicines
   - Emergency room visits
   - Inpatient or outpatient hospital care
   - Out-of-pocket expenses, such as dental or vision
3. Each line must have a date, description of expense, and amount. Do not write down any of the following:
   - Expenses that are not medically related
   - Expenses that you paid before your CHIP health care coverage started
   - Over-the-counter medications
4. When the Running Total of your expenses reaches your Payment Limit, mail this form to the address below:

HHSC
PO Box 14500
Midland, TX 79711-4500

Instrucciones

1. Asegúrese que su información que aparece arriba esté correcta. Si algún dato está mal, táchelo y escriba la información correcta al lado.
2. En esta hoja, comenzando con el renglón número 1, anote lo que paga por los siguientes gastos médicos:
   - Copagos por consultas
   - Medicinas de receta
   - Visitas a la sala de emergencias
   - Atención hospitalaria de paciente interno o externo
   - Gastos de su bolsillo, como por atención dental o cuidado de la vista
3. Para cada renglón debe escribir una fecha, descripción del gasto y cantidad que pago. No anote ninguno de los siguientes:
   - Gastos que no tienen relación con la atención médica.
   - Gastos hechos antes del comienzo de su inscripción CHIP.
   - Medicamentos de venta libre.
4. Cuando el total de sus gastos alcance a su Límite de gastos, envíe por correo este formulario a esta dirección:

HHSC
PO Box 14500
Midland, TX 79711-4500

Example of how to fill out this form. / Ejemplo de cómo llenar este formulario.

Line # / *N° de renglón*	**Date of Service/ *Fecha de servicio***	**Description of Expense / *Descripción del gasto***	**Amount / *Cantidad pagada***	**Running Total/ *Cuenta total de gastos***
1	03/01/2004	Prescription for child / *Medicamentos para el niño*	$5.00	$5.00
2	03/21/2004	Doctor visit for child / *Consulta médica para el niño*	$10.00	$15.00
3	03/22/2004	Precription for child / *Medicamentos para el niño*	$5.00	$20.00
4	04/01/2004	Emergency room visit / *Visita a la sala de emergencias*	$5.00	$25.00
5	04/21/2004	Teeth cleaning at dentist / *Limpieza dental con el dentista*	$32.95	$57.95
			Total	$57.95

EXAMPLE EXAMPLE EXAMPLE

Start writing your expenses on Line Number 1. Continue writing your expenses on each line after that. Once your Running Total reaches your Payment Limit, mail this form to us.

Comience a anotar sus gastos en el renglón número 1. Continué anotando sus gastos en cada renglón siguiente. Cuando su Cuenta total de gastos alcance su Límite de gastos, envíe por correo este formulario a nuestras oficinas.

Line # / *N° de renglón*	Date of Service/ *Fecha de servicio*	Description of Expense / *Descripción del gasto*	Amount / *Cantidad pagada*	Running Total/ *Cuenta total de gastos*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

Line # / *N° de renglón*	Date of Service/ *Fecha de servicio*	Description of Expense / *Descripción del gasto*	Amount / *Cantidad pagada*	Running Total/ *Cuenta total de gastos*
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				

Line # / *N° de renglón*	Date of Service/ *Fecha de servicio*	Description of Expense / *Descripción del gasto*	Amount / *Cantidad pagada*	Running Total/ *Cuenta total de gastos*
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
			Total	