TEXAS Health and Human Services Commission

Fecha:
Especialista en elegibilidad:
Dirección y teléfono de la oficina:

Nombre y dirección del proveedor:

Aviso al proveedor de una decisión sobre gastos médicos efectuados

Nombre del cliente:	Núm. de cliente:
Nombre y dirección del centro:	
Nombre y dirección del proveedor:	

Se ha aprobado el gasto médico efectuado.

La solicitud de _____ se ha aprobado.

Monto total aprobado _____

El copago del cliente se ajusta a partir del _____ hasta el _____ .

Se ha negado el gasto médico efectuado.

La solicitud de _____ no se ha aprobado.

Comentarios:

Para proteger la confidencialidad, no informamos a los proveedores sobre la cantidad de los copagos sin la autorización escrita del cliente o del representante autorizado.