

- Servicios dentales
 Todos los demás servicios

Formulario de reclamos para afiliados



A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

1a. ID de afiliado	2a. Plan de salud	3a. N°. de teléfono: ()	
4a. Apellido:	5a. Primer nombre:	6a. Inic. del 2.º nombre:	7a. Fecha de nacimiento / /
8a. Dirección particular:			
9a. Ciudad:	10a. Estado:	11a. Código postal:	

B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1b. Identificación de afiliado del paciente:			
2b. Apellido:	3b. Primer nombre:	4b. Inic. del 2.º nombre:	5b. Fecha de nacimiento / /
6b. Dirección particular:			
7b. Ciudad:	8b. Estado:	9b. Código postal:	
10b. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	11b. Relación con el suscriptor:	12b. Estudiante a tiempo completo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	13b. Nombre de la escuela:

C. INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES (si corresponde)

1c. Accidente Trabajo <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2c. Fecha en que ocurrió el accidente: / /
3c. ¿Cómo ocurrió el accidente?	

D. OTRO SEGURO

1d. ¿El paciente tiene cobertura de otro plan de seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es "Sí", complete lo siguiente:	
2d. Nombre de la persona que cuenta con otro seguro:	3d. Fecha de nacimiento / /
4d. Identificación del afiliado:	5d. Nombre de la otra compañía de seguros:
6d. Número de póliza:	7d. Nombre del empleador:
8d. TODA PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTENGA CUALQUIER TIPO DE INTERPRETACIÓN ERRÓNEA DE INFORMACIÓN ENGAÑOSA, FALSA O INCOMPLETA SERÁ CONSIDERADA CULPABLE DE UN DELITO PENADO POR LEY Y ESTARÁ SUJETA A SANCIONES CIVILES. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y CORRECTA.	
Firma del afiliado o del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____	

E. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

1e. Firme a continuación solo si desea que CareSource le pague los beneficios directamente al proveedor de servicios médicos. Firma del afiliado o padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____
--

PAUTAS PARA PRESENTAR RECLAMOS A CareSource

- Use clip, no grapas, para adjuntar todas las facturas al formulario completo y enviar todo por correo a **CareSource** a la dirección provista a continuación.
- **Asegúrese de que todas las facturas indiquen un código de diagnóstico, código de procedimiento, fecha y costo del servicio.**
- **Proporcione una copia del formulario UB92 o del formulario HCFA1500 (este formulario puede proporcionárselo su proveedor de servicios).**
- Incluya su **N.º de afiliado** en todos los documentos y envíe todos los reclamos a CareSource puntualmente.
- Envíe los reclamos a: **P.O. Box 8730, Dayton, OH 45401-8730**
- Este formulario no puede ser utilizado para reclamos de farmacias

ENGLISH - Language assistance services, free of charge, are available to you. Call:

1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

SPANISH - Servicios gratuitos de asistencia lingüística, sin cargo, disponibles para usted. Llame al: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

NEPALI - तपाईंका निमित्त निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन् । फोन गर्नुहोस्: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

KOREAN - 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 전화: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

FRENCH - Services d'aide linguistique offerts sans frais. Composez le 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

GERMAN - Es stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Anrufen unter: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

SIMPLIFIED CHINESE - 可为您提供免费的语言协助服务。请致电: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

TELUGU - భాషా సాయం సర్వీసులు, మీకు ఉచితంగా లభ్యమవుతాయి. కాల్ చేయండి: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

BURMESE - ဘာသာစကားဆိုင်ရာအကူအညီဝန်ဆောင်မှုများအား သင့်အတွက် အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ဖုန်းခေါ်ရန်: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).



ARABIC - تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم: 1-844-607-2829 (هاتف نصي: 1-800-743-3333 أو 711).

URDU - زبان کی معاونتی ترجمانی خدمات، آپ کے لیے بالکل چارج دستیاب ہیں۔ کال کریں: مفت یا فری آف 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

PENNSYLVANIA DUTCH - Mir kenne dich Hilf grieg mit Deitsch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) uff.

RUSSIAN - Вам доступны бесплатно услуги языкового сопровождения. Позвоните по номеру: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

TAGALOG - May mga serbisyong tulong sa wika, na walang bayad, na magagamit mo. Tumawag sa: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

VIETNAMESE - Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

GUJARATI - ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) પર કોલ કરો.

PORTUGUESE - Serviços linguísticos gratuitos disponíveis para você. Ligue para: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

MARSHALLESE - Jerbal in jibañ ikijen kajin, ejelok onean, ej bellok ñan eok. Kurlok: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

CareSource cumple con las leyes federales y estatales vigentes sobre derechos civiles. No discriminamos, ni excluimos a las personas, ni las tratamos de forma distinta debido a la edad, el género, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el origen étnico, el estado civil, la preferencia sexual, la orientación sexual, la afiliación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública.

CareSource ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades o aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés. Podemos obtener intérpretes de lengua de señas o de otros idiomas para que puedan comunicarse con nosotros o sus proveedores de manera efectiva. También hay materiales impresos gratuitos disponibles en letra grande, braille o audio. Si necesita alguno de estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en su tarjeta de identificación de CareSource.

Puede presentar una queja si considera que no le hemos brindado estos servicios o que discriminamos en su contra de cualquier otra manera.

Correo postal: CareSource, Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947, Dayton, Ohio 45401

Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@CareSource.com

Teléfono: 1-844-539-1732

Fax: 1-844-417-6254

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F

HHH Building Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

En línea: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf Los formularios de queja están disponibles en: www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.