

A. INFORMACIÓN DEL SUScriptor

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

B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1b. ID. del paciente afiliado:			
2b. Apellido:	3b. Nombre:	4b. Inic. 2.º nombre:	5b. Fecha de nacimiento
6b. Dirección del hogar:			
7b. Ciudad:	8b. Estado:	9b. Código postal:	
10b. Sexo: M F	11b. Parentesco con el suscriptor:	12b. Estudiante a tiempo completo: Sí No	13b. Nombre de la escuela:

C. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE (si corresponde)

1c. Accidente Laboral Automovilístico Otros	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 No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:	
2d. Nombre de la persona que cuenta con otro seguro:	3d. Fecha de nacimiento
4d. ID. del afiliado:	5d. Nombre de la otra aseguradora:
6d. Número de póliza:	7d. Nombre del empleador:
8d. TODA PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA DEMANDA 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, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____	

E. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

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

PAUTAS PARA PRESENTAR RECLAMOS A CareSource

• Use clip, no abrochador, 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 ser proporcionado por 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
--

If you, or someone you're helping, have questions about CareSource, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

ARABIC

إذا كان لديك، أو لدى أي شخص تساعد، أية استفسارات بخصوص CareSource، فيحق لك الحصول على مساعدة ومعلومات مجانًا وباللغة التي تتحدث بها. للتحدث إلى أحد المترجمين الفوريين، اتصل على 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711)

AMHARIC

እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ CareSource ጥያቄ ካላቸው፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላቸው። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) ይደውሉ።

BURMESE

CareSource အကြောင်း သင် သိမဟုတ် သင်အကူအညီပေးနေသူ တစ်စုံတစ်ယောက်က မေးမြန်းလာပါက သင်ပြောဆိုသော ဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များအား အခမဲ့ ရယူနိုင်ရန် အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ ဘာသာပြန်တစ်ဦးအား စကားပြောဆိုရန် 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) ဤတွင် နံပါတ်ဖြည့်သွင်းပါ] သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

CHINESE

如果您或者您在帮助的人对 CareSource 存有疑问，您有权免费获得以您的语言提供的帮助和信息。如果您需要与一位翻译交谈，请致电 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711)。

CUSHITE – OROMO

Isin yookan namni biraa isin deeggartan CareSource irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) tiin bilbilaa.

DUTCH

Als u, of iemand die u helpt, vragen heeft over CareSource, hebt u het recht om kosteloos hulp en informatie te ontvangen in uw taal. Als u wilt spreken met een tolk, bel dan naar 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

FRENCH (CANADA)

Des questions au sujet de CareSource? Vous ou la personne que vous aidez avez le droit d'obtenir gratuitement du soutien et de l'information dans votre langue. Pour parler à un interprète, veuillez téléphoner au 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

GERMAN

Wenn Sie, oder jemand dem Sie helfen, eine Frage zu CareSource haben, haben Sie das Recht, kostenfrei in Ihrer eigenen Sprache Hilfe und Information zu bekommen. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie die Nummer 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) an.

GUJARATI જો તમે અથવા તમે કોઈને મદદ કરી રહ્યાં તમે iથી કોઈને CareSource વિશે પ્રશ્નો હોય તો તમને મદદ અને મે હિંદી મેળિની અવિર ર છ. તે અર્થે વિન તમ રી ભ ષ મ i પ્ર પ્ત કરી શક ર છ. દ ભ વપરો તિ કરિ મ દે, આ 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) પર કોલ કરો.

HINDI

यदि आपके, या आप जिसकी मदद कर रहे हैं उसके CareSource के बारे में कोई सवाल हैं तो आपके पास बगैर किसी लागत के अपनी भाषा में सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। एक दुभाषिए से बात करने के लिए कॉल करें, 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711)।

ITALIAN

Se Lei, o qualcuno che Lei sta aiutando, ha domande su CareSource, ha il diritto di avere supporto e informazioni nella propria lingua senza alcun costo. Per parlare con un interprete, chiami il 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

JAPANESE

ご本人様、または身の回りの方で、CareSource に関するご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます (無償)。通訳をご利用の場合は、1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) にご連絡ください。

KOREAN

귀하 본인이나 귀하께서 돕고 계신 분이 CareSource에 대해 궁금한 점이 있으시면, 원하는 언어로 별도 비용 없이 도움을 받을 수 있습니다. 통역사가 필요하시면 다음 번호로 전화해 주십시오: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

PENNSYLVANIA DUTCH

Wann du hoscht en Froog, odder ebber, wu du helpscht, hot en Froog baut CareSource, hoscht du es Recht fer Hilf un Information in deinre eegne Schprooch griege, un die Hilf koschtet nix. Wann du mit me Interpreter schwetze witt, kannscht du 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) uffrufe.

RUSSIAN

Если у Вас или у кого-то, кому Вы помогаете, есть вопросы относительно CareSource, Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на Вашем языке. Для разговора с переводчиком, позвоните по номеру 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

SPANISH

Si usted o alguien a quien ayuda tienen preguntas sobre CareSource, tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

UKRAINIAN

Якщо у вас, чи в особи, котрій ви допомагаєте, виникнуть запитання щодо CareSource, ви маєте право безкоштовно отримати допомогу та інформацію вашою мовою. Щоб замовити перекладача, зателефонуйте за номером 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

VIETNAMESE

Nếu bạn hoặc ai đó bạn đang giúp đỡ, có thắc mắc về CareSource, bạn có quyền được nhận trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, vui lòng gọi số 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

Aviso de no discriminación



CareSource cumple con las leyes sobre derecho civil estatales y federales y no discrimina por motivos de edad, género, identidad, color, raza, incapacidad, origen nacional, estado civil, preferencia sexual, filiación religiosa, estado de salud o estado de asistencia pública. CareSource no excluye a las personas, ni las trata diferente debido a la edad, el género, la identidad de género, el color, la raza, una incapacidad, el origen nacional, el estado civil, la preferencia sexual, la filiación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública.

CareSource brinda ayuda y servicios gratis a las persona con incapacidades que deseen comunicarse de manera eficaz con nosotros, como: (1) intérpretes de lengua de señas calificados y (2) información escrita en otros formatos (impresión en tamaño grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Además, CareSource brinda servicios de idioma gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como: (1) intérpretes calificados y (2) información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

Si cree que CareSource no le ha proporcionado los servicios antes mencionados o lo ha discriminado de otra forma basándose en la edad, el sexo, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el estado civil, la preferencia sexual, la filiación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública, puede presentar una queja ante:

CareSource
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947, Dayton, Ohio 45401
1-844-539-1732, TTY: 711
Fax: 1-844-417-6254

CivilRightsCoordinator@CareSource.com

Puede presentar una queja por correspondencia, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles se encuentra disponible para ayudarle.

Puede, además, presentar un reclamo relacionado con los derechos civiles de forma electrónica en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correspondencia o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F
HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.