



Formulario de reclamos para afiliados

- ☐ Servicios odontológicos
- ☐ Todos los demás servicios

A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

1a. Identificación del afiliado:	2a. Plan de salud:	3a. Número de teléfono: () -	
4a. Apellido:	5a. Nombre:	6a. Inicial del segundo nombre:	7a. Fecha de nacimiento: / /
8a. Dirección del hogar:			
9a. Ciudad:	10a. Estado:	11a. Código postal:	

B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1b. Identificación de afiliado del paciente:			
2b. Apellido:	3b. Nombre:	4b. Inicial del segundo nombre:	5b. Fecha de nacimiento: / /
6b. Dirección del hogar:			
7b. Ciudad:	8b. Estado:	9b. Código postal:	
10b. Sexo: M/F	11b. Relación con el suscriptor:	12b. Estudiante a tiempo completo: SÍ/NO	13b. Nombre de la escuela:

C. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE (si corresponde)

1c. Tipo de accidente: TRABAJO/AUTOMOVILÍSTICO/OTRO	2c. Fecha en 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 tiene 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.} Si alguien presenta intencionalmente un reclamo con información incorrecta o engañosa, podría estar infringiendo la ley y enfrentar consecuencias graves. Al firmar, acepto que la información proporcionada es verdadera y correcta.	
Firma del afiliado o de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____	

E. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

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

Pautas para presentar reclamos a CareSource

<ul style="list-style-type: none">• No use grapas. Adjunte todas las facturas al formulario completo. Envíelas por correo a CareSource a la siguiente dirección.• Asegúrese de que todas las facturas tengan:<ul style="list-style-type: none">- El código de diagnóstico.- El código de procedimiento.- La fecha del servicio- El costo.• Proporcione una copia del formulario UB92 o HCFA1500. Puede obtener este formulario de su proveedor de servicios.• Incluya su número de afiliado en todos los documentos. Envíe todos los reclamos a CareSource de manera oportuna.• Envíe los reclamos a: CareSource ATTN: Claims P.O. Box 36 Dayton, OH 45420• Este formulario no puede ser utilizado para reclamos de farmacia.
