



## 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:	
<b>8d. Si alguien presenta intencionalmente un reclamo con información incorrecta o engañosas, podría estar infringiendo la ley y enfrentar consecuencias graves.</b> <b>Al firmar, acepto que la información proporcionada es verdadera y correcta.</b>		
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

- 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:
  - 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.