



Formulario de reclamaciones de miembros

- ☐ Servicios dentales
☐ Todos los demás servicios

A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

1a. ID de miembro:	2a. Plan de salud:	3a. Número de teléfono:	
4a. Apellido:	5a. Nombre:	6a. ISN:	7a. Fecha de nacimiento: / /
8a. Dirección particular:			
9a. Ciudad:	10a. Estado:	11a. Código postal:	

B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1b. ID de miembro del paciente:			
2b. Apellido:	3b. Nombre:	4b. ISN:	5b. Fecha de nacimiento: / /
6b. Dirección particular:			
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 SOBRE EL ACCIDENTE (si corresponde)

1c. Tipo de accidente: LABORAL/DE COCHE/OTRO ☐ ☐ ☐	2c. Fecha del accidente: / /
3c. ¿Cómo ocurrió el accidente?	



D. OTRO SEGURO

1d. ¿El paciente está cubierto por otro plan de seguro? ☐ SÍ / NO ☐	
En caso afirmativo, complete lo siguiente:	
2d. Nombre de la persona titular de otro seguro:	3d. Fecha de nacimiento: / /
4d. ID de miembro:	5d. Nombre de la otra compañía de seguro:
6d. Número de póliza:	7d. Nombre del empleador:
8d. CUALQUIER PERSONA QUE PRESENTE A SABIENDAS UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTENGA CUALQUIER TERGIVERSACIÓN O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA PUEDE COMETER UN DELITO PUNIBLE POR LA LEY Y PUEDE ESTAR SUJETA A SANCIONES CIVILES. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDADERA Y CORRECTA.	
Firma del miembro o del padre/tutor: _____ Fecha: _____	

E. CESIÓN DE BENEFICIOS

1e. Firme a continuación <i>solo si</i> desea que Commonwealth Care Alliance® (CCA) One Care (HMO D-SNP) pague los beneficios directamente al proveedor de servicios médicos.	
Firma del miembro o del padre/tutor: _____ Fecha: _____	

Pautas para presentar reclamaciones a CCA One Care (HMO D-SNP)

• Adjunte con clips, no con ganchos, todas las facturas al formulario completado y envíelas por correo a CCA One Care (HMO D-SNP) a la dirección que figura debajo. • Asegúrese de que todas las facturas indiquen el código de diagnóstico, el código del procedimiento, la fecha del servicio y el costo. • Proporcione una copia del formulario UB92 o HCFA1500 (puede obtener este formulario de su proveedor de servicios). • Incluya su número de miembro en todos los documentos y envíe todas las reclamaciones a Commonwealth Care Alliance, Inc. de manera oportuna. • Envíe sus reclamaciones a: Commonwealth Care Alliance, Inc. ATTN: Claims Department P.O. Box 1127 Dayton, OH 45401 • Este formulario no debe utilizarse para reclamaciones de farmacia.
--

CCA One Care (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP) que tiene contratos con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711), de lunes a Viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratis.