



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: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M / F	11b. Relación con el suscriptor:	12b. Estudiante a tiempo completo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SÍ / NO <input type="checkbox"/>	
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, Inc. CCA Senior Care Options (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 Senior Care Options (HMO D-SNP)

- Adjunte con clips, no con ganchos, todas las facturas al formulario completado y envíelas por correo a CCA Senior Care Options (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, Ohio 45401
- Este formulario no debe utilizarse para reclamaciones de farmacia.

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP) con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. 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 866-610-2273 (TTY 711).

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratis.

Aviso de no discriminación

Commonwealth Care Alliance, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia.

Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Member Services.

Si considera que Commonwealth Care Alliance, Inc. no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar un reclamo ante la siguiente entidad:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electrónicamente a través del Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

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

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Massachusetts 2026 ND

Notice of Availability Interpreter Services

English: If you speak English, free language assistance services are available. Auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. También están disponibles sin costo recursos auxiliares y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 如果您讲普通话，我们可以提供免费的语言协助服务。此外，还免费提供以无障碍格式提供信息的辅助工具和服务。请致电 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 如果您講粵語，我們可以提供免費的語言協助服務。此外，還免費提供以無障礙格式提供資訊的輔助工具和服务。請致電 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga pantulong na tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga na-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles. Des aides et services auxiliaires permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (TTY : 711).

Vietnamese: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và phương tiện phụ trợ cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được miễn phí. Gọi 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer +1-866-610-2273 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-610-2273 (TTY: 711) 으로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية المجانية. وتتوفر أيضًا مساعدات وخدمات إضافية لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में सूचना उपलब्ध कराने के लिए सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल करें।

