



Insurance Company, Inc.

## Formulario de reclamaciones médicas | Solicitud de reembolso directo para miembros

INSTRUCCIONES: asegúrese de que usted y su médico u otro profesional de atención médica completen este formulario en su totalidad para que reciba el reembolso a tiempo por los servicios médicos pagados.

- Espere 30 días para que se procese el reembolso.
- Adjunte los recibos detallados de cada suministro o servicio para los que solicitó un reembolso. (No engrampe los documentos).
- Recuerde guardar una copia de este formulario de reclamación y de todos los recibos para sus registros.
- Se debe completar un formulario por separado para cada reembolso individual que se solicite.

Nota: al solicitar el reembolso, todos los servicios deben estar pagados en su totalidad. Debe tener un saldo cero.

### Información del miembro

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Identificación del miembro	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del paciente (si es distinto del miembro)		Fecha de nacimiento	Teléfono	

### Información del proveedor

Nombre	Número de identificación impositiva		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del paciente (si es distinto del miembro)	Fecha de nacimiento	Teléfono	

Consulte con su proveedor de atención médica para obtener la información requerida que se detalla a continuación.

Fecha del servicio	Ubicación del servicio	Códigos de los servicios o suministros	Modificadores de soporte	Códigos de diagnóstico (ICD10)	Cantidad de unidades	Monto cobrado
						\$
						\$
						\$
						\$
<b>Al finalizar:</b>					Cargos totales	\$
<b>Enviar por correo postal a:</b> 1603 Lyndon B Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234					Total que usted pagó	\$
<b>Correo electrónico:</b> yourteam@cnchealthplan.com						
<b>Fax:</b> 817.687.4103						

Si toda la información se envió correctamente, puede esperar que su reclamación se procese dentro de 60 días calendario desde que Care N' Care la recibió. **ESTO NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO.** El pago efectivo de los servicios cubiertos se efectuará en el nivel correspondiente al beneficio del plan.

### ¿Necesita asistencia?

Llame a su Equipo de experiencia al cliente al número gratuito 1-877-374-7993 (TTY 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro (CST), o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro (CST).

Care N' Care Insurance Company, Inc. (Care N' Care) es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.  
Call 1-877-374-7993 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tendrá a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-374-7993 (TTY 711).