



**Community Health Choice (HMO D-SNP)**  
**Formulario de reembolso para miembros**

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, complete nuestro formulario de reclamos para realizar su solicitud de pago. No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.

Si tiene preguntas sobre este formulario, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 sin cargo o al 1-713-295-5007 local, (TTY: 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 p. M., Los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. M. A 8:00 p. M. CST.

Envíe únicamente facturas originales claras y detalladas con el membrete de su proveedor por cada gasto médico.

Debe enviarnos su reclamo de la Parte C (médico) dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

<b>Número de identificación de miembro [que se encuentra en su tarjeta de identificación de Community Health Choice (HMO D-SNP).]</b>			
Número de identificación de miembro			
<b>Member Information</b>			
Apellido		Primer nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de la lesión / enfermedad	Se relaciona esto con un accidente de auto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está relacionado con una lesión? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Otro seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre de otro seguro médico		Número de póliza	
Firma del miembro		Fecha	Número de teléfono
Su derecho a la confidencialidad: No divulgaremos ninguna información sobre usted a menos que lo solicite por escrito o cuando la divulgación sea necesaria para procesar o revisar un reclamo (a otra compañía de seguros, por ejemplo). Le diremos qué información divulgamos a quién, cuando lo solicite.			