

Motivo por el cual presenta esta reclamación: (marque todas las que correspondan)

- El proveedor se negó a presentar la reclamación por los servicios cubiertos por el Mercado de Seguros Médicos.
- El proveedor no puede presentar la reclamación por los servicios cubiertos por el Mercado de Seguros Médicos.
- El proveedor no está inscrito en el Mercado de Seguros Médicos.

A. Información del suscriptor / empleado

Apellido:	Primer nombre:	I:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Nueva dirección: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ciudad :	Estado:	Código postal:	
Teléfono:	Número de ID de Community First:	Número de grupo:	

B. Información del paciente

Apellido:	Primer nombre:	I:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Nueva dirección: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ciudad :	Estado:	Código postal:	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Relación con el suscriptor:		

C. Información del accidente

¿La reclamación está relacionada con un accidente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del accidente:	Tipo de accidente: Lesión laboral: <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>
¿Cómo ocurrió el accidente?		

D. Información del proveedor

(Esta sección es obligatoria para el procesamiento de la reclamación. Obtenga esta información de su proveedor o solicite que la complete en su nombre.)

Nombre:	Número de identificación fiscal del proveedor (TIN):	Número NPI:	
Nombre del grupo o centro de salud:	Dirección del proveedor:	Dirección donde se prestaron los servicios:	
Ciudad :	Estado:	Código postal:	Teléfono:

E. Otro seguro médico

¿El paciente está cubierto por otro plan de seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si respondió "Sí", complete la siguiente información:		
Nombre del suscriptor del otro seguro médico:		Fecha de nacimiento:
Número de Seguro Social (SSN):	Nombre de la compañía del otro seguro médico:	
Número de póliza:	Nombre del empleador:	
Fecha de inicio del otro seguro:	Fecha de cancelación del otro seguro:	¿Incluyó una explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) del Mercado de Seguros o de su otro seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Declaro, bajo pena de perjurio, que he revisado toda la información proporcionada en este formulario y en los documentos adjuntos y que, según mi leal saber y entender, es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier persona que proporcione información falsa o engañosa requerida por este formulario puede estar sujeta a multas y prisión conforme a la ley federal.		
Firma del suscriptor: _____		Fecha: _____

F. Asignación de beneficios

Firme a continuación solo si desea que Community First Insurance Plans pague los beneficios directamente al proveedor de servicios médicos.
Firma del suscriptor: _____ Fecha: _____

Guías para la presentación de reclamaciones a Community First Insurance Plans

Las reclamaciones deben presentarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio.

IMPORTANTE: La siguiente información debe aparecer en la factura para garantizar que su reclamación sea procesada. La falta de información o datos incompletos puede ocasionar retrasos o la denegación del pago. Verifique que toda la información sea clara y legible.

1. Adjunte la factura médica original detallada, que debe incluir: nombre del paciente, código de procedimiento, código de diagnóstico, fecha del servicio, cargos por cada servicio e información del proveedor.
2. Envíe los documentos por correo a:
Community First Insurance Plans Inc.
12238 Silicon Dr. #100
San Antonio, TX 78249
3. Use un formulario separado para cada miembro de la familia.
4. ASIGNACIÓN: Si desea que los beneficios se paguen directamente al médico o proveedor de servicios, firme el recuadro de Asignación de beneficios. NOTA: Los beneficios por hospitalización se pagarán directamente al hospital.

Your reason for submitting this claim: (check box for all that apply)

- The provider or supplier refused to file a claim for Marketplace Covered Services
- The provider or supplier is unable to file a claim for the Marketplace Covered Services
- The provider or supplier is not enrolled with Marketplace

A. Subscriber / Employee Information

Last Name:	First Name:	MI:	Date of Birth
Home Address:		New Address: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
City:	State:	Zip Code:	
Phone #:	Community First ID #:	Group #:	

B. Patient Information

Last Name:	First Name:	MI:	Date of Birth
Home Address:		New Address: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
City:	State:	Zip Code:	
Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Relationship to Subscriber:		

C. Accident Information

Is claim related to an accident? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Date of Accident:	Type of Accident Work Injury: <input type="checkbox"/> Motor Vehicle: <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/>
How did the accident occur?		

D. Provider Information

(This section is mandatory for claim processing. Please obtain this information from your provider or request that they complete it on your behalf.)

Name:	Provider Tax Identification Number:	NPI Number:	
Group/Facility Name:	Provider Address:	Address Where Services Were Rendered:	
City:	State:	Zip Code:	Phone Number:

E. Other Insurance

Is the patient covered by another insurance plan? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If Yes, please complete the following:		
Name of Subscriber on other insurance:		Date of Birth:
SSN:	Name of Other Insurance Carrier:	
Policy Number:	Employer Name:	
Effective Date of Other Insurance:	Cancellation Date of Other Insurance:	Did you attach an EOB from Marketplace or your other insurance? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
I certify, under penalty of perjury, that I have reviewed all information provided on this form and any accompanying documents, and that it is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that anyone who knowingly provides false or misleading information required by this form may, upon conviction, be subject to fines and imprisonment under Federal law.		
Subscriber Signature: _____ Date: _____		

F. Assignment of Benefits

Please sign below <u>only</u> if you want Community First Insurance Plans to pay benefits directly to the provider of medical services.
Subscriber Signature: _____ Date: _____

Guidelines for submitting claims to Community First Insurance Plans

Claims must be submitted within 60 days from the date of service.
IMPORTANT: The following information must appear on the bill to ensure your claim is processed. Missing or incomplete details may result in delays or denial of payment. Please verify that all information is clear and legible.
1. Attach the original itemized bill. It must include: patient name, procedure code, diagnosis code, date of service, charges for each service, and provider information.
2. Mail the documents to: Community First Insurance Plans Inc., 12238 Silicon Dr. #100, San Antonio, TX 78249
3. Use a separate form for each family member.
4. ASSIGNMENT: If you wish benefits to be paid directly to the physician or provider of service, sign the Assignment of Benefits box. NOTE: Benefits for a hospital confinement will be paid directly to the hospital.