

Su plan de salud es de acceso abierto, lo que significa que usted tiene la libertad de elegir cualquier proveedor que desee. Una vez que su proveedor presente su reclamo médico al administrador de su plan, sus servicios de atención médica estarán cubiertos al nivel de beneficio “en red”, independientemente de la fuente de atención. Como parte del programa Pave the Way® de ClaimDOC, un representante de ClaimDOC se pondrá en contacto con su proveedor ANTES de su primera cita para educarlos sobre su nuevo plan y asegurarse de que tengan la información necesaria para presentar sus reclamos.

**Para designar a sus proveedores de atención médica, por favor envíe un formulario completo para cada proveedor:**

 Llamele a un representante  
de ClaimDOC  
1-888-330-7295

 Envíe un correo electrónico  
[membersupport@claim-doc.com](mailto:membersupport@claim-doc.com)

 Envíe un formulario en línea  
[portal.claim-doc.com/guest](http://portal.claim-doc.com/guest)



### Información del Paciente

|                                  |                               |                       |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Nombre de Empleado/              |                               | Nombre del Empleador/ |
| Nombre del Paciente/             |                               | Fecha de Nacimiento/  |
| Número de Teléfono/              | Método de Contacto Preferido/ |                       |
| Dirección de Correo Electrónico/ | Tiempo de Contacto Preferido/ |                       |

### Información del Proveedor

|                                    |                   |                       |
|------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Nombre de la Instalación/Práctica/ |                   | Paciente Establecido/ |
| Nombre del Practicante/            |                   | Paciente Nuevo/       |
| Número de Teléfono/                | Fecha de la Cita/ |                       |
| Dirección/                         |                   |                       |
| Ciudad/                            | Estado/           | Código Postal/        |

### Información Adicional y/o Información Del Paciente:

|  |
|--|
|  |
|--|

Por favor, envíe su formulario completo a:

**Correo:** ClaimDOC, LLC  
PO Box 42155  
Urbandale, IA 50323

**Fax:** 1-844-605-7636

**Correo electrónico:** [membersupport@claim-doc.com](mailto:membersupport@claim-doc.com)

**Sitio web:** [portal.claim-doc.com/guest](http://portal.claim-doc.com/guest)

Para comprobar el estado de la nominación de su proveedor, por favor llame al 1-888-330-7295.