BlueCross BlueShield of Texas

Formulario de Reclamo
para pagarle al Asegurado/Inscrito

P.O. Box 660044 • Dallas, Texas 75266-0044

Por favor llene todos los campos de este formulario.
Las instrucciones para llenarlo se encuentran al reverso.

Por favor escriba en letra de molde o a máquina.

1

Nombre del Asegurado/Inscrito (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección postal

Ciudad y estado | **Código postal**

¿Tiene empleo el Asegurado? ☐ Sí ☐ No ☐ Jubilado

Fecha de jubilación: Mes Día Año _____/_____/_____

2

N.º de Grupo | **N.º de Asegurado/Inscrito** (de la tarjeta de asegurado)

Nombre completo del Paciente (Apellido, nombre, segundo nombre)

Género (sexo) del Paciente | **Fecha de nacimiento del Paciente** Mes Día Año _____/_____/_____

Parentesco del Paciente con el Asegurado

☐ Él mismo/Ella misma ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro (explique) _____

3

Tipo de tratamiento que recibió:
Marque solamente un tipo de tratamiento y adjunte facturas desglosadas. Por favor presente un formulario de reclamo por separado para cada tipo de tratamiento.

Por favor tenga en cuenta: Atención médica preventiva incluye vacunas, atención de rutina para niños, exámenes físicos de rutina y exámenes para la vista y la audición.

Mes Día Año

☐ Lesión — Fecha del accidente: _____/_____/_____

☐ Enfermedad — Fecha del primer síntoma: _____/_____/_____

☐ Embarazo — Fecha de concepción: _____/_____/_____

☐ Atención preventiva — Fecha del servicio: _____/_____/_____

4

Describa lo siguiente: Diagnóstico, síntomas de enfermedad o lesión o explique la atención preventiva o de rutina que recibió.

_____

_____

_____

5

¿Se trata de una enfermedad o lesión a causa del trabajo? ☐ Sí ☐ No

Nombre y dirección de la empresa para la cual trabaja

_____

_____

6

En caso de lesión, ¿hubo participación de un vehículo de motor? ☐ Sí ☐ No

7

¿El Paciente tiene cobertura por cualquier otro plan de beneficios médicos (además de *Medicaid*, *Medicare* o *CHAMPUS*)? ☐ Sí ☐ No

Compañía de Seguros _____

Dirección _____

Empresa para la cual trabaja _____

Nombre del Asegurado _____

N.º de Póliza _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura Mes Día Año _____/_____/_____

Género (sexo) del Asegurado ☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de nacimiento del Asegurado _____/_____/_____

Parentesco con el Paciente _____

Si la otra cobertura es la principal, adjunte la Explicación de Beneficios de la otra compañía de seguros.

8

Programa *Medicare* — Responda si el Paciente:

			Mes Día Año
a) tiene derecho a beneficios del seguro de *Medicare* (Parte A)	☐ Sí ☐ No	Fecha de entrada en vigor	_____/_____/_____
b) tiene derecho a beneficios del seguro de *Medicare* (Parte B)	☐ Sí ☐ No	Fecha de entrada en vigor	_____/_____/_____
c) tiene derecho a beneficios del seguro de *Medicare* debido a una incapacidad	☐ Sí ☐ No	Fecha de entrada en vigor	_____/_____/_____

N.º de *Medicare* del Paciente. (De la tarjeta de *Medicare*) _____

9

Yo certifico que la información mencionada anteriormente está completa y es correcta, y que yo solo reclamo beneficios por los cargos incurridos por el Paciente mencionado anteriormente. Por medio de la presente, cualquier Hospital, Médico, Dentista, Proveedor, Compañía de Seguros, o cualquier otra entidad tiene autorización de proporcionarle a Blue Cross and Blue Shield of Texas toda la información médica que se les solicite, y que los Planes consideren necesaria para emitir un fallo sobre este reclamo. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de cometer un crimen y pudiese estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Firma del Asegurado	**Fecha**	**N.º de teléfono para localizarle de día**

10

Monto total de TODOS los servicios y suministros con cobertura que se recibieron.	**$**

Tiene que adjuntar la(s) factura(s) desglosada(s) para el/los servicio(s) y suministro(s) con cobertura.
(Por favor lea las instrucciones al reverso).

BlueCross BlueShield of Texas

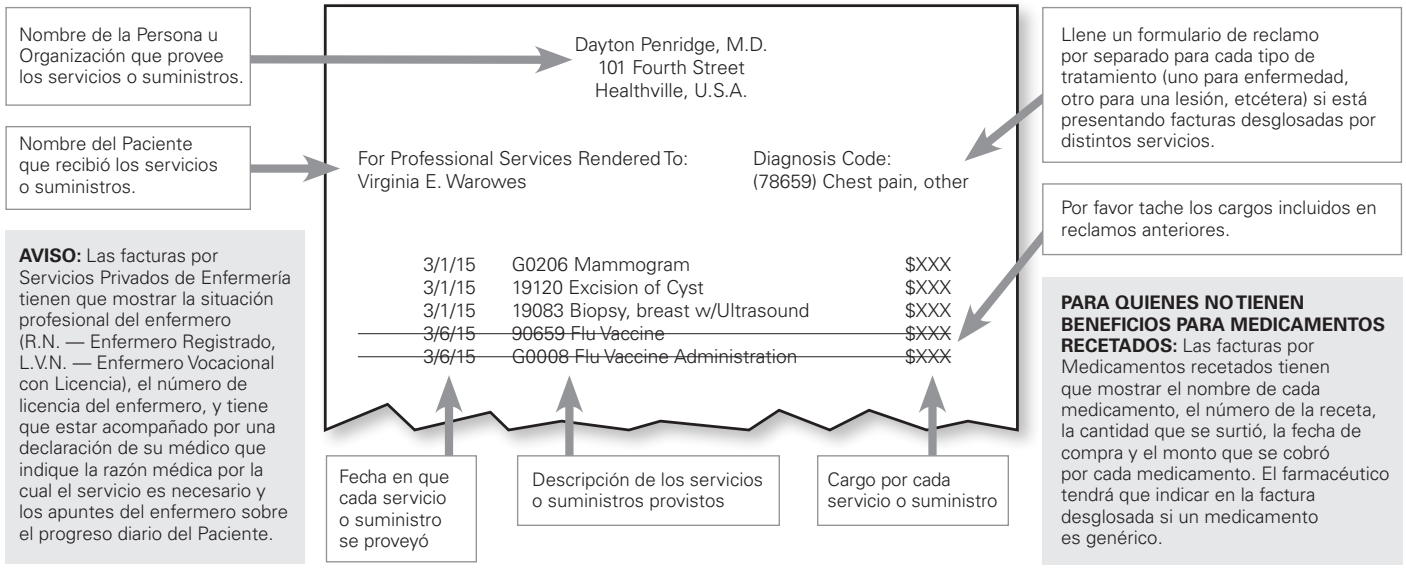
Formulario de Reclamo
para pagarle al Asegurado/Inscrito

INSTRUCCIONES

Aviso importante: NO presente este formulario si su Proveedor de Servicios está presentando estos cargos a Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Por favor llene cada campo en el formulario de reclamo.

1	Nombre, dirección y situación de empleo del Asegurado/Inscrito	Por favor escriba el nombre del Asegurado/Inscrito tal y como aparece en la tarjeta de asegurado de Blue Cross and Blue Shield of Texas y proporcione la dirección actual, con código postal incluido. Marque la casilla que indica la situación de empleo del Asegurado/Inscrito. Incluya la fecha de jubilación en caso de estar jubilado.
2	Información del Paciente	Asegúrese de que los números de grupo y de asegurado aparezcan tal y como aparecen en la tarjeta de asegurado. Escriba el nombre completo del Paciente; no incluya apodos ni iniciales. Marque el género (sexo) del Paciente y su parentesco con el Asegurado en las casillas apropiadas. Asegúrese de que la fecha de nacimiento del Paciente es correcta.
3	Tipo de tratamiento que recibió	Solo marque un tipo de tratamiento (lesión, enfermedad, embarazo o atención médica preventiva) y especifique la fecha de la lesión, fecha del primer síntoma, fecha de concepción o fecha en que se recibió atención médica preventiva. Puede adjuntar múltiples facturas desglosadas para un tipo de tratamiento (ejemplo: solamente para enfermedad, solamente para atención médica preventiva).
4	Diagnóstico o síntomas de la enfermedad o lesión	Escriba el diagnóstico o una breve descripción de los síntomas. Si recibió servicios de atención médica preventiva, indique el tipo de atención (examen físico de rutina, examen de audición, examen de la vista, vacunas o diagnóstico, etcétera).
5	En caso de enfermedad o lesión a causa del trabajo	Marque la casilla apropiada y escriba el nombre y la dirección de la empresa para la cual trabaja.
6	Si la lesión fue causada por un vehículo de motor	Marque la casilla apropiada.
7	Otro seguro	Por favor marque la casilla apropiada. Si la respuesta es "sí", llene la información requerida.
8	Información del Programa *Medicare*	Por favor indique la elegibilidad para el Programa *Medicare* en la casilla apropiada. Si la respuesta es "sí", anote la fecha en vigor y el número de asegurado del Programa *Medicare*. Los inscritos en el Programa *Medicare* deben de proporcionar copia(s) del/de los Formulario(s) de Explicación de Beneficios de *Medicare* con sus facturas desglosadas, a menos que el Paciente esté empleado actualmente y requiera cobertura grupal para pagar la prima del seguro principal.
9	Firma del Asegurado, fecha y n.º de teléfono para localizarle de día	Por favor firme este formulario y escriba la fecha en el espacio indicado, y adjunte la(s) factura(s) desglosada(s) con membrete de su médico. La(s) factura(s) desglosada(s) deben de incluir toda la información que aparece en el siguiente ejemplo:
10		**<u>Factura desglosada de muestra</u> — Por favor adjunte la(s) factura(s) original(es) al formulario de reclamo y guarde una copia para sus archivos. <u>No hay devolución de facturas desglosadas.</u>**



AVISO: Las facturas por Servicios Privados de Enfermería tienen que mostrar la situación profesional del enfermero (R.N. — Enfermero Registrado, L.V.N. — Enfermero Vocacional con Licencia), el número de licencia del enfermero, y tiene que estar acompañado por una declaración de su médico que indique la razón médica por la cual el servicio es necesario y los apuntes del enfermero sobre el progreso diario del Paciente.

PARA QUIENES NO TIENEN BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS: Las facturas por Medicamentos recetados tienen que mostrar el nombre de cada medicamento, el número de la receta, la cantidad que se surtió, la fecha de compra y el monto que se cobró por cada medicamento. El farmacéutico tendrá que indicar en la factura desglosada si un medicamento es genérico.

Envíe este formulario lleno, junto con las facturas desglosadas a:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 660044
Dallas, Texas 75266-0044