



BlueCross BlueShield
of Texas

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

Formulario de Reclamación

- ☐ Para pagarle al asegurado/titular de la póliza. -O-
☐ Para obtener crédito en la red por pagos de contado
que le hizo a un prestador de servicios médicos.

Más información

Llene todos los campos de este formulario.
Las instrucciones para llenarlo se encuentran al reverso.

Escriba en letra de molde o a máquina.

1	Nombre del asegurado/titular de la póliza (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
	Dirección postal	
	Ciudad y estado	Código postal
	¿Tiene empleo el asegurado? Fecha de jubilación: Mes Día Año ☐ Sí ☐ No ☐ Jubilado ____/____/____	
2	N.º de Grupo	N.º de asegurado/titular de la póliza (véase en la tarjeta de asegurado)
	Nombre completo del paciente (Apellido, nombre, segundo nombre)	
	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. Presente un formulario de reclamación por separado para cada tipo de tratamiento. Tenga en cuenta lo siguiente: La atención médica preventiva incluye vacunas, atención preventiva para bebés, exámenes físicos de rutina y exámenes para la vista y la audición.	
	☐ Lesión — Fecha del accidente: Mes Día Año ____/____/____ ☐ Enfermedad — Fecha del primer síntoma: ____/____/____ ☐ Embarazo — Fecha de concepción: ____/____/____ ☐ Atención preventiva — Fecha del servicio: ____/____/____	
4	Describe 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, ¿estuvo involucrado un vehículo de motor? ☐ Sí ☐ No	_____ _____
7	¿El paciente tiene alguna otra cobertura médica (además de Medicaid, Medicare o CHAMPUS)? ☐ Sí ☐ No	
	Compañía de Seguros _____	Fecha de entrada en vigor de la cobertura Mes Día Año ____/____/____
	Dirección _____	Sexo del asegurado ☐ Hombre ☐ Mujer
	Empresa para la cual trabaja _____	Fecha de nacimiento del asegurado ____/____/____
Nombre del asegurado _____		Parentesco con el paciente _____
N.º de Póliza _____		
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:	
	a) tiene derecho a beneficios y servicios del seguro de Medicare (Parte A) ☐ Sí ☐ No	Fecha de entrada en vigor Mes Día Año ____/____/____
	b) tiene derecho a beneficios y servicios del seguro de Medicare (Parte B) ☐ Sí ☐ No	Fecha de entrada en vigor ____/____/____
	c) tiene derecho a beneficios y servicios del seguro de Medicare debido a una incapacidad ☐ Sí ☐ No	Fecha de entrada en vigor ____/____/____
N.º de Medicare del paciente. (véase en la tarjeta de Medicare) _____		
9	Declaro que la información mencionada anteriormente está completa y es correcta, y que yo solo solicito el reembolso por los cargos incurridos por el paciente mencionado anteriormente. Por medio de la presente, cualquier hospital, médico, prestador de servicios médicos, aseguradora o cualquier otra entidad tiene autorización de proporcionarle a Blue Cross and Blue Shield of Texas toda la información médica que se les solicite. Cualquier persona que presente una reclamación falsa o fraudulenta intencionalmente para el pago de una pérdida o un beneficio, o que intencionalmente presente información falsa al solicitar una cobertura médica, es culpable de cometer un crimen, y pudiese estar sujeta a multas civiles y penalidades criminales.	
	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. (Lea las instrucciones al reverso).	



- ☐ Para pagarle al asegurado/titular de la póliza. -O-
☐ Para obtener crédito en la red por pagos de contado que le hizo a un prestador de servicios médicos.

Más información

INSTRUCCIONES

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

Llene cada campo en el formulario de reclamación.

1	Nombre, dirección y situación de empleo del asegurado/titular de la póliza	Escriba el nombre del asegurado/titular de la póliza 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/titular de la póliza. Incluya la fecha de jubilación en caso de estar jubilado.
2	Información del paciente	Asegúrese de que los números de grupo y de asegurado sean iguales a los que aparecen en la tarjeta de asegurado. Escriba el nombre completo del paciente; no incluya apodos ni iniciales. Marque el 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	Marque la casilla apropiada. Si la respuesta es "sí", llene la información requerida.
8	Información del Programa Medicare	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 titulares de la póliza en el Programa Medicare deben de proporcionar copia(s) del/de los Formulario(s) de <i>Explicación de beneficios</i> de Medicare con sus facturas desglosadas, a menos que el paciente esté empleado actualmente y se requiera que la cobertura grupal pague primero.
9	Firma del asegurado, fecha y n.º de teléfono para localizarle de día	Firme este formulario y escriba la fecha en el espacio indicado, y adjunte la(s) factura(s) desglosada(s) con el membrete de su médico. La(s) factura(s) desglosada(s) deben de incluir toda la información que aparece en el siguiente ejemplo:

Factura desglosada de muestra — Adjunte la(s) factura(s) original(es) al formulario de reclamación y guarde una copia para sus archivos. No hay devolución de facturas desglosadas.

10	Nombre de la persona u organización que provee los servicios o suministros.	Dayton Penridge, M.D. 101 Fourth Street Healthville, U.S.A.	Llene un formulario de reclamación por separado para cada tipo de tratamiento (uno para enfermedad, otro para una lesión, etcétera) si está presentando facturas desglosadas por distintos servicios.															
	Nombre del paciente que recibió los servicios o suministros.	For Professional Services Rendered To: Virginia E. Warowes		Diagnosis Code: (78659) Chest pain, other														
	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.																	
	<table border="1"> <tr> <td>3/1/15</td> <td>G0206 Mammogram</td> <td>\$XXX</td> </tr> <tr> <td>3/1/15</td> <td>19120 Excision of Cyst</td> <td>\$XXX</td> </tr> <tr> <td>3/1/15</td> <td>19083 Biopsy, breast w/Ultrasound</td> <td>\$XXX</td> </tr> <tr> <td>3/6/15</td> <td>90659 Flu Vaccine</td> <td>\$XXX</td> </tr> <tr> <td>3/6/15</td> <td>G0008 Flu Vaccine Administration</td> <td>\$XXX</td> </tr> </table>	3/1/15		G0206 Mammogram	\$XXX	3/1/15	19120 Excision of Cyst	\$XXX	3/1/15	19083 Biopsy, breast w/Ultrasound	\$XXX	3/6/15	90659 Flu Vaccine	\$XXX	3/6/15	G0008 Flu Vaccine Administration	\$XXX	Tache los cargos incluidos en reclamaciones anteriores.
	3/1/15	G0206 Mammogram		\$XXX														
3/1/15	19120 Excision of Cyst	\$XXX																
3/1/15	19083 Biopsy, breast w/Ultrasound	\$XXX																
3/6/15	90659 Flu Vaccine	\$XXX																
3/6/15	G0008 Flu Vaccine Administration	\$XXX																
Fecha en que cada servicio o suministro se proveyó	Descripción de los servicios o suministros provistos	Cargo por cada servicio o suministro	PARA QUIENES NO TIENEN COBERTURA 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, TX 75266-0044