



Federal Employee Program.

Por favor lea las instrucciones al reverso.
de este formulario antes de completarlo.

FORMULARIO DE RECLAMOS PARA LOS BENEFICIOS DE SALUD

1. INFORMACION DEL PACIENTE	A. Código de Inscripción	Número de Identificación
	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

B. Nombre del Paciente <i>(Nombre, Inicial, Apellido)</i>		C. Fecha de Nacimiento del Paciente Mes Día Año		D. Sexo del Paciente Masculino _____ Femenino _____	
E. Nombre del Abonado <i>(Nombre, Inicial, Apellido)</i>		F. Fecha de Nacimiento Mes Día Año		G. Relación del Paciente con el Abonado _____ mismo _____ esposo/a _____ hijo/a	
Si el apellido del paciente es diferente al del abonado, por favor adjunte una declaración explicando la relación.					
H. Dirección de correo actual del abonado <i>(Calle, Ciudad, Estado, País y Código postal)</i> Indique si ésta es una nueva dirección _____					
Por favor sólo complete la información abajo si ha cambiado desde la última vez que Ud. nos la dio. Si no hay cambios, proceda al #5.					
2. OTRO SEGURO DE SALUD		¿Está cubierto el paciente por seguro de salud adicional por medio del empleo, un grupo tal como una organización profesional, o cualquier otro grupo de seguro de salud, incluyendo cobertura de Blue Cross y/o Blue Shield? _____ Sí _____ No Si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección.			
A Nombre y dirección de la compañía aseguradora <i>(Calle, Ciudad, Estado, País y Código Postal)</i>		B Fecha de Vigencia Mes Día Año		Fecha de Vencimiento Mes Día Año	
C Nombre del Abonado <i>(Nombre, Inicial, Apellido)</i> y su compañía de empleo		D Fecha de Nacimiento Mes Día Año		E Número de Identificación <i>(Incluya todas las letras y todos los números)</i>	
3. MEDICARE POR FAVOR, COMPLETE ESTA SECCION SOBRE MEDICARE SIN IMPORTAR LA EDAD DEL PACIENTE. Si está cubierto por un Medicare HMO / Plan Prepagado, por favor deje las secciones A y B en blanco.					
A Medicare Parte A <i>(Seguro de hospital)</i> _____ Sí _____ No Si la respuesta es "sí", escriba la fecha de vigencia. Mes Día Año		B Medicare Parte B <i>(Seguro médico)</i> _____ Sí _____ No Si la respuesta es "sí", escriba la fecha de vigencia. Mes Día Año		C Medicare HMO / Plan Prepagado _____ Sí _____ No Si la respuesta es "sí", escriba la fecha de vigencia. Mes Día Año	
D Si el paciente cumple con los requisitos para Medicare por la Enfermedad Renal en Etapa Terminal, por favor indique la fecha del comienzo del tratamiento renal o transplante. Mes Día Año					
4. EMPLEO A ¿Está empleado el paciente actualmente? Sí No Si el paciente está jubilado del Gobierno Federal, pero todavía está empleado, por favor complete lo siguiente:					
B Nombre y dirección de la compañía o agencia gubernamental <i>(Calle, Ciudad, Estado, País y Código Postal)</i>					

5. DIAGNOSTICO Describa la enfermedad, la herida o los síntomas requiriendo el tratamiento. Si la enfermedad, la herida o los síntomas están relacionados con un accidente, por favor complete A, B y C.				
A Fecha del Accidente Mes Día Año 	B Hora AM _____ PM _____	C Lugar Accidente en vehículo motorizado _____ En casa _____ Si fue en vehículo motorizado, En el trabajo. ¿en qué estado/país fue? _____ Otro _____ Por favor explique _____	¿Fue causado el accidente por otra persona? ____ Sí _____ No Otro _____	
6. CARGOS Por favor anote abajo aquellos cargos que usted está reclamando. Use una línea para cada tipo de servicio o proveedor. POR FAVOR ADJUNTE LAS CUENTAS DETALLADAS				
Nombre del Proveedor Cobrador	Descripción del Cargo	Fecha de Atención o Fecha de Compra		
		DESDE	HASTA	CARGO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Yo certifico que este documento está completo y es correcto y que reclamo beneficios solo por los cargos incurridos por el paciente mencionado arriba. Doy autorización a cualquier proveedor que haya participado de cualquier manera en mi cuidado, a proporcionar al Plan de CareFirst BlueCross BlueShield todo tipo de información médica que se considere necesaria para adjudicar este reclamo.

7. FIRMA _____
 Firma del Abonado o del Paciente Fecha Número de teléfono de día incluyendo el código de área

La falta de su firma en este formulario de reclamos puede demorar el proceso de su reclamo.

INSTRUCCIONES

Por favor complete un formulario de reclamos para cada paciente por separado, y asegúrese de someter todo reclamo a más tardar para el 31 de diciembre del año después de la fecha del recibo. Puesto que la mayoría de la información que se pide en este formulario no necesita explicación, no incluimos instrucciones específicas para cada artículo. Sin embargo, por favor complete cada artículo. Si la información que se pide no aplica al paciente, escriba N/A (no aplica.)

Cuidado especial se debe tomar al completar los siguientes artículos:

- 1A y 2E Estos espacios son para el Código de Inscripción del Plan de Beneficios de BlueCross y BlueShield y el Número de Identificación (Artículo 1A) y el Número de Identificación de Otro Seguro de Salud (Artículo 2E.) Al completar estos artículos, por favor asegúrese de que estos números y letras estén escritos exactamente y tal como aparecen en su(s) tarjeta(s) de identificación. También, por favor asegúrese de que el número de seguro social del paciente esté completado en 1A.
- 3A, B y C Medicare cubre a las personas de 65 años de edad y arriba y mayores que califican por condiciones debilitantes, tal como la Enfermedad Renal de Etapa Terminal. **POR LO TANTO, COMPLETE ARTICULOS 3A Y B SIN IMPORTAR LA EDAD DEL PACIENTE.** Se debe completar el artículo C si aplica.

LAS CUENTAS DETALLADAS PARA LOS SUMINISTROS O SERVICIOS CUBIERTOS DEBEN DE ESTAR ADJUNTAS A ESTE FORMULARIO Y DEBEN DE INCLUIR LO SIGUIENTE:

- El nombre y la dirección del proveedor • La fecha y el tipo de servicio o suministro • El diagnóstico
- El nombre completo del paciente • El cargo por cada servicio o suministro • Numero de identificación del proveedor

No se aceptan cuentas personalmente detalladas por el paciente, recibos de caja y cheques cancelados. Puesto que las cuentas detalladas no se pueden devolver, por favor asegúrese de hacer fotocopias para sus archivos. Además, las cuentas para el cuidado de enfermería en casa deben mostrar el estatus profesional, como Enfermera Licenciada. Todas las cuentas para todo medicamento proporcionado por un médico, el departamento ambulatorio de un hospital, o cualquier otro proveedor/farmacia deben mostrar el nombre de cada medicamento.

Dayton Penridge, M.D.
101 Fourth Street
Healthville, U.S.A.

EJEMPLO

Nombre de la persona o compañía proveyendo los suministros o la prestación de servicios

Joseph Warowes
102 West 35th Street
Healthville, U.S.A.

Nombre del paciente recibiendo los servicios o suministros

Por concepto de servicios profesionales prestados a:
Virginia E. Warowes

Cargo por cada servicio

22/1/94 Examen	\$ XXX	
Rayos X de Tórax	\$ XXX	
Hemograma Completo	\$ XXX	
5/2/94 Consulta	\$ XXX	

POR FAVOR TACHE LOS CARGOS QUE SE HAYAN INCLUIDO EN UN RECLAMO PREVIO

PROGRAMA DE FARMACIA DE VENTA AL POR MENOR

Con respecto a los medicamentos recetados y los suministros comprados a partir del primero de enero de 1994:

Las farmacias que forman parte de nuestra red de proveedores en los Estados Unidos y Puerto Rico envían sus reclamos por medicamentos recetados y/o suministros directamente al seguro. Sin embargo, dichas farmacias no lo hacen para los medicamentos que requieren previa autorización. Estos reclamos deben de ser enviados al Programa de Farmacia de Venta al por Menor (*Retail Pharmacy Program*) por el miembro / paciente usando el *Formulario de Reclamos para la Compra de Medicamentos Recetados*. Llame al 1-800-624-5060 para más información, formularios adicionales de reclamación y Servicio al Cliente. El formulario de reclamos provee instrucciones detalladas para completar el formulario y se debe enviar a: Service Benefit Plan Retail Pharmacy Program, P.O. Box 52057, Phoenix, AZ 85072-2057.

SERVICIOS ESPECIALES

Ciertos servicios como terapia física, terapia del habla, terapia ocupacional, equipo médico durable, cuidado de enfermería en casa y cuidado dental resultando de una herida accidental pueden requerir información adicional junta con este formulario de reclamos. Llame a su plan local de BlueCross y/o BlueShield antes de someter su reclamo por estos servicios; le mandarán formularios adicionales si es necesario.

PARA LOS PACIENTES CUBIERTOS POR MEDICARE

Cuando el paciente está cubierto por Medicare Parte A (Seguro de Hospital) y/o Medicare Parte B (Seguro Médico) e incurre gastos que están cubiertos por Medicare, si Medicare es el seguro principal (o sea, si Medicare paga primero,) su reclamo se debe presentar a Medicare primero (Véase "NOTA" abajo.) Después de que se haya hecho el pago a Medicare, un reclamo por los gastos no pagados por Medicare con una copia de la cuenta detallada se puede someter a su plan local de BlueCross y/o BlueShield, junto con los formularios apropiados de Medicare. Para los gastos de farmacia por medicamentos recetados, véase las instrucciones arriba.

1. Para los servicios de paciente interno bajo Medicare Parte A, adjunte el formulario llamado *Explicación de Beneficios de Medicare*.
2. Para los servicios bajo Medicare Parte B, adjunte el/los formulario(s) llamado(s) *Explicación de Beneficios de Medicare y/o Su Archivo de Beneficios Usados Bajo Medicare Parte B*, el cual se provee por la compañía de Medicare o el Intermediario. También, una copia de su cuenta detallada se debe de enviar junto con la información de Medicare.

NOTA: Si se cumplen los siguientes requisitos, el Plan de Servicio para los Beneficios de BlueCross y BlueShield será el seguro principal (o sea, éste paga primero.)

- Si su edad es de 65 años de edad o mayor y está empleado por el gobierno federal y tiene Medicare parte A (o las partes A y B);
- Si usted o su esposo/a está empleado/a por el gobierno federal y la edad de su esposo/a (que tiene esta cobertura) es de 65 años de edad o mayor y tiene Medicare parte A (o las partes A y B);
- Si el paciente (usted o un miembro de su familia que tenga esta cobertura) tiene menos de 65 años de edad y cumple con los requisitos para los beneficios de Medicare sólo por La Enfermedad Renal de Etapa Terminal y está dentro de los primeros 18 meses de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicare parte A; o
- Si el paciente (usted o un miembro de su familia que tenga esta cobertura) tiene menos de 65 años de edad y cumple con los requisitos para Medicare solo a base de una discapacidad, y usted está empleado por el gobierno federal.

PARA LOS PACIENTES CUBIERTOS POR OTROS SEGUROS DE SALUD

Al someter los cargos para servicios o suministros que se han pagado en parte por otro seguro de salud, adjunte una copia del Aviso del Pago o Explicación de Pago de la otra compañía aseguradora.

ESTE FORMULARIO COMPLETADO, JUNTO CON LAS CUENTAS DETALLADAS Y LOS COMPROBANTES, SE DEBEN DE ENVIAR A SU PLAN LOCAL DE BLUE CROSS Y/O BLUE SHIELD.

El Plan de Servicio para los Beneficios de Blue Cross y Blue Shield