





## 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

**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.**

EJEMPLO

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

Joseph Warowes  
102 West 35<sup>th</sup> Street  
Healthville, U.S.A.

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

22/1/94 Examen  
~~Rayos X de Tórax~~  
Hemograma Completo  
5/2/94 Consulta

\$ XXX

~~\$ XXX~~

~~\$ XXX~~

\$ XXX

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

Nombre del paciente recibiendo los servicios o suministros

Fecha de cada servicio o suministro

Descripción de los servicios o suministros

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

Cargo por cada servicio

### 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, terapia para condiciones mentales, 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.**