

FORMULARIO DE RECLAMO DE BENEFICIOS DE SALUD

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

1. INFORMACION DEL PACIENTE		1A. Información de Inscripción Código de Inscripción		Número de Identificación	
1B. Nombre del Paciente (Nombre, Inicial Segundo Nombre, Apellido)		1C. Fecha de Nacimiento del Paciente (Mes/Día/Año)		1D. Sexo del Paciente Masculino Femenino	
1E. Nombre del Abonado o Titular de la Póliza (Nombre, Inicial Segundo Nombre y Apellido)			1F. Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		1G. Relación del Paciente con el Abonado Mismo esposo/a hijo/a
1H. Dirección de correo actual del abonado (Calle, Ciudad, Estado, País y Código postal)					Marque este casillero si ésta es una nueva dirección
1I. Dirección de Correo Electrónico					
Por favor sólo complete la información abajo si ha cambiado desde la última vez que Ud. nos la dió. Si no hay cambios, proceda al ítem 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 otra cobertura de Blue Cross y/o Blue Shield? Sí No Si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección desde 2A a 2E. Si la respuesta es "no", proceda al ítem 3.			
2A. Nombre y dirección de la compañía aseguradora (Calle, Ciudad, Estado, País y Código Postal)			2B. Fecha de Entrada en Vigencia (Mes/Día/Año)		Fecha de Terminación (Mes/Día/Año)
2C. Nombre del Titular de la Póliza y su compañía de empleo (Nombre, Inicial Segundo Nombre, Apellido)		2D. Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		2E. Número de Identificación (Incluya todas las letras y todos los números)	
3. MEDICARE POR FAVOR, COMPLETE ESTA SECCION SOBRE MEDICARE SIN IMPORTAR LA EDAD DEL PACIENTE. Si está cubierto por un Plan Prepago / HMO de Medicare, por favor deje las secciones A y B en blanco.					
3A. Medicare Parte A (Seguro de hospital) Sí No Si la respuesta es "sí", escriba la fecha de entrada en vigencia. (Mes/Día/Año)		3B. Medicare Parte B (Seguro médico) Sí No Si la respuesta es "sí", escriba la fecha de entrada en vigencia. (Mes/Día/Año)		3C. Plan Prepago/ HMO de Medicare Sí No Si la respuesta es "sí", escriba la fecha de entrada en vigencia. (Mes/Día/Año)	
3D. Si el paciente cumple con los requisitos para Medicare por enfermedad Renal en Etapa Terminal, por favor indique la fecha del comienzo del tratamiento renal o transplante. (Mes/Día/Año)					
4. EMPLEO		4A. ¿Está empleado el paciente actualmente? Sí No Si el paciente está jubilado del Gobierno Federal, pero todavía está empleado, por favor complete el ítem 4B.			
4B. Nombre y dirección de la compañía o agencia gubernamental (Calle, Ciudad, Estado, País y Código Postal)					
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 los ítems 5A, 5B y 5C.					
5A. Fecha del Accidente (Mes/Día/Año)		5B. Hora del Accidente AM PM		5C. Lugar del Accidente En casa En el trabajo Accidente en vehículo motorizado Otro Por favor, explique ¿Fue el accidente causado por otra persona? Si No Si fue en vehículo motorizado, ¿en qué estado/país fue?	
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 FACTURAS DETALLADAS					
Nombre del Proveedor Cobrador (médico, hospital, etc. En caso de dos o más facturas del mismo proveedor, éstos se pueden ingresar en la misma línea si son por el mismo tipo de servicio.)		Descripción del Cargo (Visita médica, terapia por condición de salud mental, etc.)		Fecha de Atención o Fecha de Compra (Si hay solo una fecha, indíquela bajo "DESDE"). DESDE HASTA CARGO	
Certifico que este documento está completo y es correcto y que reclamo beneficios solo por los cargos incurridos como se enumeran más arriba. Autorizo por el presente a cualquier proveedor que haya participado de cualquier manera en mi cuidado or servicio médico, a proporcionar al Plan de Blue Cross y/o Blue Shield toda información médica que se considere necesaria para adjudicar este reclamo.					
7.FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO					
(Firma)		(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.					

INSTRUCCIONES

Por favor complete un formulario de reclamos para cada paciente por separado, y asegúrese de enviar todo reclamo a más tardar para el 31 de diciembre del año posterior a aquel en el que los cuidados o servicios cubiertos fueron provistos. Puesto que la mayoría de la información que se pide en este formulario no necesita explicación, no incluimos instrucciones específicas para cada ítem. Sin embargo, por favor complete cada ítem. Si la información que se pide no es aplicable al paciente, escriba N/A (NO ES APLICABLE).

Se debe tomar cuidado especial al completar los siguientes ítems:

1A y 2E: Estos espacios son para el Número de Identificación y el Código de Inscripción del Plan de Beneficios de BlueCross y BlueShield (Ítem 1A) y el Número de Identificación de otro Seguro de Salud (Ítem 2E.) Al completar estos ítems, por favor asegúrese de que estos números y letras estén escritos exactamente y tal como aparecen en su(s) tarjeta(s) de identificación.

3A, B y C: Medicare provee cobertura a personas de 65 años de edad o mayores y personas que cumplen los requisitos por condiciones debilitantes, tal como la Enfermedad Renal de Etapa Terminal. **POR LO TANTO, COMPLETE LOS ARTICULOS 3A Y B SIN IMPORTAR LA EDAD DEL PACIENTE.** Se debe completar el ítem C, si es aplicable.

LAS FACTURAS DETALLADAS POR LOS SUMINISTROS O SERVICIOS CUBIERTOS DEBEN ADJUNTARSE A ESTE FORMULARIO Y DEBEN DE INCLUIR LO SIGUIENTE:

- Nombre y dirección del proveedor del servicio o suministro
- Nombre completo del paciente
- Fecha y tipo de servicio o suministro
- Cargo por cada servicio o suministro
- Diagnóstico
- Numero de identificación del proveedor

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

PROGRAMA DE FARMACIA DE VENTA AL POR MENOR

Los reclamos por suministros y drogas de venta bajo receta comprados a farmacias minoristas que forman parte de nuestra red de proveedores en los Estados Unidos o Puerto Rico se enviarán directamente al seguro en nombre del miembro. Las farmacias que forman parte de nuestra red de proveedores no enviarán reclamos por drogas que requieren previa autorización. Los reclamos por drogas que no envíe la farmacia minorista deben de ser remitidos al "Retail Pharmacy Program" [Programa de Farmacia de Venta al por Menor] por el miembro usando el Formulario de Reclamos por la Compra de Medicamentos Recetados [Retail Prescription Drug Claim Form]. Este formulario está disponible en www.fepblue.org.

También puede llamar al 1-800-624-5060 para obtener más información, formularios de reclamo y servicio al cliente. El formulario de reclamo 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, tales como terapia física, terapia del habla, terapia ocupacional, equipo médico durable, cuidado de enfermería en domicilio y cuidado dental como resultado de una herida accidental, pueden requerir que se adjunte información adicional a este formulario de reclamo. Llame a su plan local de Blue Cross y/o Blue Shield antes de enviar 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 en gastos que están cubiertos por Medicare, si Medicare es el seguro principal (o sea, si Medicare paga primero), su reclamo se debe enviar a Medicare primero (Ver "NOTA" abajo). Después de que el pago de Medicare se haya hecho, se puede enviar un reclamo a su plan local de BlueCross y/o BlueShield, junto con los formularios apropiados de Medicare, por los gastos no pagados por Medicare, con una copia de la factura detallada, En el caso de gastos por medicamentos recetados comprados en farmacia minorista, ver instrucciones más arriba.

- 1 Para los servicios de paciente interno bajo Medicare Parte A, adjunte el formulario de Explicación de Beneficios [Explanation of Benefits] de Medicare.
- 2 Para los servicios bajo Medicare Parte B, adjunte el/los formulario(s) de Explicación de Beneficios de Medicare [Explanation of Medicare Benefits] y/o Su Registro de Beneficios Usados Bajo Medicare Parte B [Your Record of Part B Medicare Benefits Used] provisto por el intermediario o compañía de Medicare. También, se debe enviar una copia de su factura detallada junto con la información de Medicare.

NOTA: Si se cumplen los siguientes requisitos, el Plan de Servicio para los Beneficios de BlueCross y BlueShield [Blue Cross and Blue Shield Service Benefit Plan] será el seguro principal (o sea, éste paga primero.)

- Si tiene 65 años de edad o mayor y está empleado por el gobierno federal y tiene Medicare Parte A (o Partes A y B);
- Si usted o su esposo/a está empleado/a por el gobierno federal y su esposo/a (que tiene esta cobertura) tiene 65 años de edad o mayor y tiene Medicare Parte A (o 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 Enfermedad Renal de Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) 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 en base a una discapacidad, y usted está empleado por el gobierno federal.

PARA LOS PACIENTES CUBIERTOS POR OTROS SEGUROS DE SALUD

Al enviar los cargos para servicios o suministros que se han pagado parcialmente por otro seguro de salud, adjunte una copia del Aviso del Pago [Notice of Payment] o Explicación de Pago [Explanation of Payment] de la otra aseguradora de servicios de salud.

ESTE FORMULARIO COMPLETO, JUNTO CON LAS FACTURAS DETALLADAS Y COMPROBANTES QUE RESPALDEN EL RECLAMO, SE DEBE ENVIAR A SU PLAN LOCAL DE BLUE CROSS Y/O BLUE SHIELD. PUEDE ENCONTRAR LA DIRECCION DE CORREO DE SU PLAN LOCAL EN FEPBLUE.ORG UTILIZANDO EL ENLACE WWW.FEPBLUE.ORG/CONTACT.