

Revise las instrucciones en el reverso de este formulario antes de completarlo.

<b>1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>		<b>1A. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN</b>		
		Código de inscripción <input type="text"/>	Número de identificación <input type="text"/>	
<b>1B. NOMBRE DEL PACIENTE</b> (nombre, inicial del segundo nombre y apellido)		<b>1C. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE</b>	<b>1D. SEXO DEL PACIENTE</b>	
<input type="text"/>		(mm/dd/aaaa) <input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
<b>1E. NOMBRE DEL AFILIADO O TITULAR DE LA PÓLIZA</b> (nombre, inicial del segundo nombre y apellido)		<b>1F. FECHA DE NACIMIENTO</b> (mm/dd/aaaa)	<b>1G. RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL AFILIADO</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="radio"/> El propio afiliado <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo	
<b>1H. DIRECCIÓN ACTUAL DEL AFILIADO</b> (calle, ciudad, estado y código postal)				
<input type="text"/>				
<b>1I. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b>				
<input type="text"/>				
<b>2. OTROS SEGUROS DE SALUD. Complete los apartados 2A a 2G si otra parte es responsable de estos cargos.</b>				
<b>2A.</b> ¿El paciente tiene cobertura de un seguro de salud adicional a través de un empleador, un grupo como una organización profesional o cualquier otro seguro de salud grupal, incluida otra cobertura de Blue Cross o Blue Shield? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es "sí", complete los apartados 2A a 2E; si la respuesta es "no", pase a la sección 3.				
<b>2B. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA</b> (calle, ciudad, estado y código postal)				
<input type="text"/>				
<b>2C. Número de teléfono de la otra parte responsable</b>	<b>2D. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b>		
<input type="text"/>	(mm/dd/aaaa) <input type="text"/>	(mm/dd/aaaa) <input type="text"/>		
<b>2E. NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA</b> (Nombre, inicial del segundo nombre y apellido)	<b>2F. FECHA DE NACIMIENTO</b> (mm/dd/aaaa)	<b>2G. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</b> (Incluya todas las letras y números)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>3. MEDICARE. COMPLETE ESTA SECCIÓN SOBRE MEDICARE SIN IMPORTAR LA EDAD DEL PACIENTE.</b> Si está cubierto por un plan Medicare Advantage (Medicare Parte C), deje las secciones 3A y 3B en blanco.			<b>3A</b> Número de identificación de Medicare <input type="text"/>	
<b>3A. MEDICARE PARTE A</b> (seguro hospitalario) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, fecha de entrada en vigencia <input type="text"/> (mm/dd/aaaa)	<b>3B. MEDICARE PARTE B</b> (seguro médico) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, fecha de entrada en vigencia <input type="text"/> (mm/dd/aaaa)	<b>3C. MEDICARE Advantage</b> (Parte C) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, fecha de entrada en vigencia <input type="text"/> (mm/dd/aaaa) Proveedor de Medicare Parte C <input type="text"/>	<b>3D.</b> Si el paciente es elegible para Medicare debido a una enfermedad renal terminal, indique la fecha de inicio del tratamiento renal o trasplante. <input type="text"/> (mm/dd/aaaa)	
<b>4. DIAGNÓSTICO.</b> Describa la enfermedad, la lesión o los síntomas que requieren tratamiento. Si la enfermedad, la lesión o los síntomas están relacionados con un accidente, complete los apartados 4A a 4D.				
<input type="text"/>				
<b>4A. FECHA DEL ACCIDENTE</b>	<b>4B. HORA DEL ACCIDENTE</b>	<b>4C. ¿El accidente fue causado por otra persona?</b>	<b>4D. LUGAR DEL ACCIDENTE</b>	
<input type="text"/> (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> a. m. <input type="radio"/> p. m.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Accidente automovilístico <input type="radio"/> En el trabajo <input type="radio"/> En la casa <input type="radio"/> Si fue un accidente automovilístico, ¿en qué estado? <input type="text"/> Otro <input type="radio"/> Si fue otro, explique. <input type="text"/>	
<b>5. CARGOS.</b> Enumere a continuación los cargos por los que reclama beneficios. Utilice una línea separada para cada tipo de servicio o proveedor. ADJUNTE FACTURAS DETALLADAS.				
NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE REALIZA EL CARGO (Médico, hospital, etc. Se pueden introducir dos o más facturas del mismo proveedor en una línea si son por el mismo tipo de servicio).	DESCRIPCIÓN DEL CARGO (Visitas al consultorio, terapias para afecciones mentales, etc.)	FECHA DEL SERVICIO O COMPRA: DESDE (Si solo hay una fecha, indíquela como "FECHA DESDE").	FECHA DEL SERVICIO O COMPRA: HASTA	CARGO
<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"/>
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(Firma)	(Fecha)	(Mejor número de teléfono para llamar con el código de área)		

## INSTRUCCIONES

**Complete un formulario de reclamación por separado para cada paciente** y recuerde presentar todas las reclamaciones antes del 31 de diciembre del año calendario posterior a aquel en el que se brindó la atención o el servicio cubierto. Dado que la mayor parte de la información solicitada en este formulario se explica por sí sola, no incluimos instrucciones específicas para cada punto. Sin embargo, complete cada punto. Si la información solicitada no se aplica al paciente, indique "N/A" ("NO ES APLICABLE").

**Se debe tener especial cuidado al completar los siguientes puntos:**

**1A y 2G:** Estos espacios son para el código de inscripción y el número de identificación del Plan de Beneficios de Servicios de Blue Cross and Blue Shield (punto 1A), y para otro número de identificación de seguro médico (punto 2G). Al completar estos puntos, asegúrese de que estos números y letras sean exactamente como aparecen en su(s) tarjeta(s) de identificación.

**3A, B, C y D:** Medicare cubre a personas de 65 años o más, y a personas que califican debido a afecciones discapacitantes, como enfermedad renal en etapa terminal. **POR LO TANTO, COMPLETE LA SECCIÓN 3 SIN IMPORTAR LA EDAD DEL PACIENTE.** El punto D deberá completarse si corresponde.

**LAS FACTURAS DETALLADAS POR SERVICIOS O SUMINISTROS CUBIERTOS DEBEN ADJUNTARSE A ESTE FORMULARIO Y DEBEN 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
- Número de identificación del proveedor

**No se aceptan desgloses personales, recibos de caja ni cheques cancelados. Dado que las facturas detalladas no se pueden devolver, asegúrese de hacer copias para sus registros.** Además, las facturas por atención de enfermería a domicilio deben mostrar el estatus profesional, como "RN" (enfermero registrado). Las facturas de todos los medicamentos y fármacos recetados por un médico, el departamento de servicios ambulatorios de un hospital o cualquier otro proveedor que no sea una farmacia minorista deben mostrar el nombre de cada medicamento o fármaco.

### PROGRAMA DE FARMACIAS MINORISTAS

Las reclamaciones por medicamentos recetados y suministros surtidos por una farmacia minorista preferida en los EE. UU. o en Puerto Rico se presentarán para el miembro. Las farmacias preferidas no presentarán reclamaciones por medicamentos que requieran aprobación previa. Las reclamaciones por medicamentos no presentadas por una farmacia minorista deben enviarse al Programa de Farmacias Minoristas por el miembro mediante el Formulario de reclamación de medicamentos recetados minoristas. Este formulario se puede descargar del siguiente enlace: [www.fepblue.org](http://www.fepblue.org).

También puede llamar al 1-800-624-5060 para obtener más información, formularios de reclamación y asistencia de servicio al cliente. El formulario de reclamación proporciona instrucciones detalladas para la presentación del formulario y debe enviarse por correo a Service Benefit Plan Retail Pharmacy Program, P.O. Box 52057, Phoenix, AZ 85072-2057.

### SERVICIOS ESPECIALES

Ciertos servicios como fisioterapia, terapia del habla y ocupacional, equipo médico duradero, atención de enfermería a domicilio, y atención dental generados por una lesión accidental pueden requerir información adicional junto con este formulario de reclamación. Llame a su plan local de Blue Cross o Blue Shield antes de presentar su reclamación por dichos servicios; le enviarán formularios adicionales, si es necesario.

### PARA PACIENTES CUBIERTOS POR MEDICARE

Cuando el paciente tiene cobertura de Medicare Parte A (seguro hospitalario) o Medicare Parte B (seguro médico), e incurre en gastos que están cubiertos por Medicare, si Medicare es la cobertura primaria (paga primero), su reclamación debe presentarse primero a Medicare (vea la nota a continuación). Una vez realizado el pago de Medicare, se puede enviar una reclamación por los gastos no pagados por Medicare, que incluya una copia de su factura detallada, a su plan local de Blue Cross o Blue Shield, junto con los formularios correspondientes de Medicare. Para los gastos de medicamentos recetados en farmacias minoristas, consulte las instrucciones anteriores.

1. Para los servicios de hospitalización de Medicare Parte A, adjunte el formulario "Explicación de los beneficios" de Medicare.
2. Para los servicios de Medicare Parte B, adjunte el formulario "Explicación de los beneficios de Medicare" o "Su registro de los beneficios de Medicare Parte B utilizados" proporcionado por el proveedor o intermediario de Medicare. Además, se debe enviar una copia de su factura detallada junto con la información de Medicare.

NOTA: Si se cumplen las siguientes condiciones, el Plan de Beneficios de Servicios de Blue Cross and Blue Shield es la cobertura primaria (paga primero).

- Si tiene 65 años o más, y es empleado del Gobierno federal y tiene Medicare Parte A (o Partes A y B).
- Si usted o su cónyuge son empleados del Gobierno federal, y su cónyuge cubierto tiene 65 años o más y tiene Medicare Parte A (o Partes A y B).
- Si el paciente (usted o un miembro de su familia cubierto) tiene menos de 65 años, es elegible para los beneficios de Medicare solo debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y se encuentra dentro de los primeros 18 meses de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicare Parte A.
- Si el paciente (usted o un miembro de su familia cubierto) tiene menos de 65 años y es elegible para Medicare únicamente por motivos de discapacidad, y usted es empleado del Gobierno federal.

### PARA PACIENTES CUBIERTOS POR OTRO SEGURO DE SALUD

Al presentar cargos por servicios o suministros que otro seguro médico grupal haya pagado parcialmente, adjunte una copia del aviso de pago o explicación de pago de la otra aseguradora de atención médica.

ESTE FORMULARIO COMPLETO, JUNTO CON LAS FACTURAS DETALLADAS Y EL MATERIAL DE RESPALDO, DEBE ENVIARSE A SU PLAN LOCAL DE BLUE CROSS O BLUE SHIELD. PUEDE ENCONTRAR LA DIRECCIÓN POSTAL DE SU PLAN LOCAL EN [FEPBLUE.ORG](http://FEPBLUE.ORG) MEDIANTE EL SIGUIENTE ENLACE: [WWW.FEPBLUE.ORG/CONTACT](http://WWW.FEPBLUE.ORG/CONTACT).