



**Complete todos los puntos de este formulario.
Instrucciones para completar en el dorso.**

Imprima o escriba en letra imprenta

1 Nombre del asegurado o suscriptor (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	2 Número de grupo	Número de identificación de asegurado o suscriptor (de la tarjeta de identificación)
Dirección postal	Nombre completo del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)	
Ciudad y estado	Código postal	Sexo del paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Empleado asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retirado		Fecha de nacimiento del paciente Mes / Día / Año ____ / ____ / ____
Fecha de retiro Mes / Día / Año ____ / ____ / ____		Relación del paciente con el asegurado 1. <input type="checkbox"/> Empleado mismo 2. <input type="checkbox"/> Cónyuge 3. <input type="checkbox"/> Hijo 4. <input type="checkbox"/> Otro (explicar) _____

3 Tipo de tratamiento recibido: Marque sólo un tipo y adjunte las declaraciones detalladas. Utilice un formulario de reclamo por separado para cada tipo de tratamiento diferente.
***Tenga en cuenta que:** la atención preventiva incluye vacunas, atención de rutina al bebé sano, exámenes físicos de rutina, exámenes oftalmológicos y auditivos.

	Mes / Día / Año
<input type="checkbox"/> Lesión, fecha del accidente:	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Enfermedad, fecha del primer síntoma:	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Embarazo, fecha de la concepción:	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Servicios preventivos, fecha del servicio:	____ / ____ / ____

4 Describa: el diagnóstico, los síntomas de la enfermedad o lesión, o explique la atención de rutina o preventiva recibida.

5 ¿La lesión o enfermedad están relacionadas con el trabajo? Sí No Nombre y dirección del empleador _____

6 En caso de lesión, ¿se trató de un accidente vehicular? Sí No _____

7 ¿El paciente cuenta con la cobertura de otro plan de beneficios médicos (además de Medicaid, Medicare o CHAMPUS)? Sí No

Compañía de seguros _____	Nro. de póliza _____	Mes / Día / Año
Dirección _____	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura ____ / ____ / ____	
Empleador _____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Asegurado _____	Relación con el paciente _____	

Si la otra cobertura es primaria, adjunte la Explicación de Beneficios de la otra compañía de seguros.

8 Medicare. ¿El paciente:

	Mes / Día / Año
a) tiene derecho a recibir los beneficios del seguro hospitalario de Medicare (Parte A)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entrada en vigencia ____ / ____ / ____
b) tiene derecho a recibir los beneficios del seguro médico de Medicare (Parte B)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entrada en vigencia ____ / ____ / ____
c) tiene derecho a recibir los beneficios de Medicare por una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entrada en vigencia ____ / ____ / ____

Nro. de identificación de Medicare del paciente (de la tarjeta de identificación de Medicare) _____

9 Certifico que esta información es completa y correcta, y que estoy reclamando beneficios sólo por los cargos en que ha incurrido el paciente arriba mencionado. Por medio del presente se autoriza a cualquier hospital, médico, odontólogo, proveedor, empresa aseguradora u otra entidad a entregar a Blue Cross and Blue Shield of Texas, en relación con lo solicitado, toda información médica que los planes según su criterio consideren necesarios para la decisión relativa a este reclamo. Toda persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal.

Firma del asegurado

Fecha

Número de teléfono diurno

Adjunte las facturas detalladas de los servicios e insumos cubiertos.

(Consulte las instrucciones en el dorso.)

Instrucciones

Importante: no envíe este formulario si su proveedor de servicios presenta estos cargos a Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Complete todos los puntos del formulario de reclamo.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Nombre, dirección del asegurado o suscriptor y condición laboral del asegurado o suscriptor | Indique el nombre del asegurado o suscriptor tal como figura en la tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield of Texas y especifique la dirección actual, incluido el código postal. Marque el casillero correspondiente para indicar la condición laboral del asegurado o suscriptor. Si está retirado, indique la fecha de retiro. |
| 2 Información del paciente | Asegúrese de que el número de grupo y el número de identificación sean exactamente los mismos que figuran en la tarjeta de identificación. Indique el nombre completo del paciente; no utilice apodos ni iniciales. Marque los casilleros correspondientes al sexo del paciente y la relación con el asegurado. Asegúrese de que la fecha de nacimiento del paciente figure correctamente. |
| 3 Tipo de tratamiento recibido | Marque sólo un tipo de tratamiento (lesión, enfermedad, embarazo o atención preventiva) y especifique la fecha de la lesión, la fecha del primer síntoma, la fecha de la concepción o la fecha en que recibió la atención preventiva. Usted puede adjuntar varias declaraciones detalladas si son para un solo tipo de tratamiento (por ejemplo: sólo enfermedad, sólo atención preventiva). |
| 4 Diagnóstico o síntomas de la enfermedad o lesión | Indique el diagnóstico o una breve descripción de los síntomas. Si recibió servicios de atención preventiva, indique el tipo de atención (examen físico de rutina, examen auditivo, examen oftalmológico, diagnóstico, vacunas, etc.). |
| 5 Si la enfermedad o lesión está de algún modo relacionada con el trabajo | Marque el casillero correspondiente e ingrese el nombre y la dirección del empleador. |
| 6 Si se trató de un accidente vehicular | Marque el casillero correspondiente. |
| 7 Otro seguro | Marque el casillero correspondiente. Si la respuesta es "sí", complete la información requerida. |
| 8 Información de Medicare | Marque el casillero correspondiente a la elegibilidad de Medicare. Si la respuesta es "sí", indique la fecha de entrada en vigencia y el número de identificación de Medicare.

Aquéllos que estén inscritos en Medicare deben incluir una copia del formulario de Explicación de Beneficios de Medicare (EOB) con sus declaraciones detalladas, a menos que el paciente sea un empleado activo y requiera una cobertura grupal para pagar como plan primario. |
| 9 Firma del asegurado, fecha y número de teléfono diurno | Firme y feche este formulario y adjunte las declaraciones detalladas con membrete de su médico. Las declaraciones detalladas deben contener toda la información mencionada en el siguiente ejemplo: |

Las facturas detalladas no tienen devolución.

Ejemplo de factura detallada

<p>Nombre del paciente que recibe el servicio o los insumos</p> <p>Fecha en que se brindó cada servicio o insumo</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;"> Dayton Penridge, M.D. 101 Fourth Street Healthville, U.S.A. </td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px 0;"> Por servicios profesionales prestados a: Virginia E. Warowes </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px 0;"> 3/1/87 Consultorio de atención Examen Inyección de cortisona 3/2/87 Examen a domicilio 3/6/87 Terapia física </td> <td style="padding: 5px 0; text-align: right; vertical-align: top;"> Diagnóstico: artritis \$XXX XXX XXX XXX </td> </tr> </table>	Dayton Penridge, M.D. 101 Fourth Street Healthville, U.S.A.		Por servicios profesionales prestados a: Virginia E. Warowes		3/1/87 Consultorio de atención Examen Inyección de cortisona 3/2/87 Examen a domicilio 3/6/87 Terapia física	Diagnóstico: artritis \$XXX XXX XXX XXX	<p>Nombre de la persona u organización que provee los servicios o insumos.</p> <p>Si usted presenta facturas detalladas por una variedad de servicios, utilice un formulario de reclamo por separado para cada tipo de tratamiento diferente (uno por enfermedad, otro por lesión, etc.).</p> <p>Cargo por cada servicio o insumo</p>
Dayton Penridge, M.D. 101 Fourth Street Healthville, U.S.A.								
Por servicios profesionales prestados a: Virginia E. Warowes								
3/1/87 Consultorio de atención Examen Inyección de cortisona 3/2/87 Examen a domicilio 3/6/87 Terapia física	Diagnóstico: artritis \$XXX XXX XXX XXX							
<p><i>NOTA: las facturas por servicios privados de enfermería deben mencionar la condición profesional de la enfermera (R.N. : enfermera matriculada; L.V.N. : auxiliar de enfermería), el número de matrícula de la enfermera y deben estar acompañadas de una declaración de su médico en la que se indique la necesidad médica, y los certificados diarios realizados por la enfermera en los que se registre el progreso.</i></p>	<p style="text-align: center;">Descripción de los servicios o insumos brindados</p> <p style="text-align: center;">Tache los cargos que hayan sido incluidos en un reclamo anterior.</p>	<p><i>NOTA A QUIENES NO SEAN TITULARES DE TARJETAS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS: las facturas de los medicamentos recetados deben incluir el nombre de cada medicamento, el número de receta, la cantidad entregada, la fecha de compra y el monto cobrado por cada medicamento. Si el medicamento es genérico, el farmacéutico debe mencionarlo también en la factura detallada.</i></p>						

Este formulario completo y las facturas detalladas deben presentarse en:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 660044
Dallas, Texas 75266-0044**

Solicite copias adicionales de este formulario a su empleador, en la oficina más cercana de Blue Cross and Blue Shield de su área o en la dirección que figura arriba.