

BlueCard Worldwide® Reclamo Internacional

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

Mande el formulario completado a: BlueCard Worldwide Service Center
P.O. Box 72017
Richmond, VA 23255-2017 USA



Los Planes de BlueCross BlueShield tienen licencias independientes con la Asociación de BlueCross BlueShield

1. Información del paciente – 1A. Prefijo alfa Número de identificación

Copie esta información de su tarjeta de identificación de Blue Cross Blue Shield.

1B. Nombre del paciente (Nombre, Inicial, Apellido)	1C. Fecha de nacimiento del paciente Mes/Día/Año / /	1D. Sexo del paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
1E. Nombre del abonado (Nombre, Inicial, Apellido)	1F. Fecha de nacimiento del abonado Mes/Día/Año / /	1G. Relación del paciente con el abonado <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a
1H. Dirección de correo actual del abonado (Calle, ciudad, estado y país o código postal)		

2. Otros Seguros de Salud – ¿Está el paciente cubierto por otros seguros de salud, incluyendo Medicare A o B?

Si No (si la respuesta es si, complete desde 2A hasta 2K)

2A. Nombre y dirección de la compañía aseguradora

2B. Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Individual	2C. Fecha de vigencia Mes/Día/Año / /	2D. Fecha de terminación Mes/Día/Año / /	2E. Número de identificación ó póliza del otro seguro
2F. Tipo de cobertura Hospital: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Médica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad Mental: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	2G. Nombre del abonado		2H. Fecha de nacimiento Mes/Día/Año / /
2I. Patrón del abonado	2J. Estado de empleo <input type="checkbox"/> Empleado Activo <input type="checkbox"/> Retirado		

2K. Si el empleado está cubierto por Medicare, complete lo siguiente:

Medicare Parte A: Si No, Fecha de vigencia Medicare Parte B: Si No, Fecha de vigencia

3. Diagnóstico – 3A. Describa la enfermedad, herida o síntomas que requieren tratamiento

3B. ¿Fue el paciente tratado a causa de un accidente o condición relacionada con el trabajo? Si No

3C. Para heridas causadas por un accidente, por favor complete lo siguiente

Fecha del accidente Lugar: En casa Coche Otro
Hora del accidente Si el accidente fue causado por otra persona, por favor incluya una declaración describiendo el accidente.

4. Cargos – Use una línea por cada servicio o proveedor e incluya recibos/cuentas detalladas de todos los servicios.

4A. Nombre y dirección del proveedor	4B. Tipo de proveedor	4C. Descripción del servicio	4D. Fecha de compra del servicio	4E. Cargos
.....
.....
.....

5. Beneficiario – Seleccione una de las siguientes opciones de pago.

5A. Pago al miembro/abonado; el proveedor ya ha sido pagado.

- Moneda - ¿Quiere el pago en la moneda de la cuenta o en dólares americanos? Moneda de la cuenta Dólares americanos
- Método de pago – ¿Quiere el pago en cheque o giro bancario?

Cheque Proporcione número de teléfono donde se le pueda localizar

Giro bancario Proporcione la siguiente información:

Su nombre exactamente como aparece en su cuenta bancaria:

Nombre del banco:

Dirección actual del banco:
(Calle, Ciudad, Estado, País, y Código Postal)

Número de cuenta: ABA#

5B. Pago al proveedor (hospital, doctor). Por favor, complete y firme.

Autorización de asignación de beneficios

Yo, el abajo firmante, autorizo y solicito que Blue Cross Blue Shield haga pago de los beneficios a:

Nombre del proveedor Firma del miembro o esposo/a Fecha

6. Firma – Yo certifico que este documento es completo y correcto y que reclamo beneficios sólo por los cargos incurridos por el/la paciente mencionado/a arriba. Por la presente, autorizo a cualquier proveedor de servicio, el cual participó de cualquier manera en el cuidado de el/la paciente, a proporcionar al plan de BlueCross BlueShield del abonado y a los socios de negocio del plan en cualquier país, todo tipo de información médica ó personal que se considere necesaria para proveer el servicio ó adjudicar el reclamo, reconociendo que las leyes con respecto a información personal puedan diferir dependiendo del país. La autorización es también dada al plan de BlueCross BlueShield del abonado y a los socios de negocio del plan en cualquier país, para reunir, usar ó liberar cualquier tipo de información médica ó personal que se crea necesaria para proporcionar servicios ó adjudicar reclamos.

Firma del abonado o paciente Fecha

Información General

El reclamo Internacional de BlueCard se debe utilizar para someter reclamos institucionales y profesionales para beneficios recibidos fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico, Jamaica y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos de América. Para instrucciones de completación de otros formularios (ejemplo: dental, prescripciones de farmacia, etc.) póngase en contacto con su plan de BlueCross BlueShield.

El formulario internacional de reclamos debe de ser completado en total, y acompañado por recibos detallados. No es necesario que provea con la traducción al inglés o con el cambio de moneda.

Como el formulario no puede ser devuelto, por favor asegúrese de fotocopiar todos los recibos y documentos de apoyo para sus registros personales.

Instrucciones del Formulario Internacional de Reclamos

Por favor complete todos los detalles del formulario. Si la información requerida no se aplica al paciente, indique N/A (no aplicable). Ponga atención especial a los siguientes puntos:

2. Otros Seguros Médicos

Si el paciente tiene alguna otra cobertura de seguro, por favor complete las líneas a – k tan bien como pueda. Es de especial importancia que indique el nombre y la dirección de la otra compañía de seguro, el número de identificación, el nombre y la fecha de nacimiento de la persona que posee la póliza.

Además, si el paciente es otra persona diferente al abonado y ha recibido beneficios de otro plan de seguro médico por razón de empleo ó ley, el formulario de Explicación de Beneficios proporcionado por ésta otra agencia debe de estar incluido con este reclamo. Una copia legible de la Explicación de Beneficios de la otra compañía de seguros médicos será aceptada.

4. Cargos

Por favor, describa aquí los recibos incluidos con este reclamo. Aunque los recibos detallados deben de ser incluidos, su lista nos ayudará a procesar el reclamo más rápidamente y correctamente. Si espacio adicional es necesario para enumerar los cargos, por favor use una hoja de papel diferente y haga una lista con la siguiente información.

4A. Nombre y dirección del proveedor – tal y como aparece en la cuenta. Cuentas/recibos múltiples del mismo proveedor podrán ser incluidas en la misma línea si son del mismo tipo de servicio.

4B. Tipo de proveedor – por ejemplo: hospital, enfermera/o, médico/a, clínica, fisioterapeuta, etc.

4C. Descripción del servicio – por ejemplo: fecha de admisión al hospital, visita de oficina, rayos x, exámen de laboratorio, operación, etc.

4D. Día de servicio o compra – días inclusivos podran ser empleados en cuentas que contengan múltiples días de servicio.

4E. Cargos – los recibos deben ser detallados de manera que señalen un cargo diferente para cada día de servicio. Si la cuenta ya ha sido pagada, por favor indique la fecha en la cual ésta fue pagada.

5. Beneficiario de Pago

5A. Pago al miembro, tipo de moneda, y metodo de pago – 1) indique si el reembolso debe ser en la moneda de la cuenta o en dólares americanos. Si prefiere el reembolso por cheque o giro bancario. Por favor tome aviso que no todo tipo de monedas se encuentran disponibles. En caso que alguna moneda no sea disponible el pago sera en dólares americanos. Los bancos normalmente cobran una cantidad fija o un porcentaje de la cantidad del giro por aceptar giros bancarios. Es importante usted averigüe lo que cobra su banco antes de solicitar un giro porque usted es responsable de pagar esa cantidad al banco.

2) Se requiere la siguiente información en este formulario: su nombre completo y legal (no se aceptan iniciales de nombre), su dirección (no se envían pagos a apartados postales). Para giro bancarios; el nombre y dirección actual del banco (no se envían giros por correo), su número de cuenta y el número ABA de su banco (el número ABA es el número con nueve dígitos que identifica específicamente una institución financiera. Por favor, también envíe una copia de un cheque cancelado o un talon de depósito para que su información de cuenta bancaria pueda ser verificada. Para cheques enviados por correo expreso se requiere su número de teléfono donde se le pueda localizar en caso de alguna duda

5B. Autorización de asignación de beneficios – complete el detalle 5B si usted prefiere que los beneficios seas reembolsados directamente al proveedor del servicio.

6. Firma

El formulario de reclamos internacional debe de ser firmado por el abonado, esposo/a, o paciente.

Información de la cuenta detallada

Cada cuenta original detallada del proveedor debe de incluir lo siguiente:

- El membrete indicando el nombre y la dirección de la persona u organización que haya ofrecido el servicio.
- El nombre completo del paciente que haya recibido el servicio.
- La fecha de cada servicio
- La descripción de cada servicio
- Los cargos por cada servicio

El formulario completado, junto con las cuentas detalladas y documentos de apoyo, deberán de ser enviados a:

BlueCard Worldwide Service Center
P.O. Box 72017
Richmond, VA 23255-2017 USA