



---

## Información General

- El Formulario de Reclamo Internacional del programa BlueCard Worldwide tiene la intención de ser usado para presentar reclamaciones de servicios cubiertos -profesionales e institucionales- fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de E.E.U.U.
- **Para otro tipo de reclamaciones (ej. dentales, medicamentos prescritos), usted deberá contactar su Plan de Blue Cross and Blue Shield para las instrucciones adecuadas.**
- Por favor, complete todos los espacios. Si la información solicitada no aplica al paciente, deberá indicar N/A (No Aplica).
- Por favor, adjuntar recibos y reportes médicos de ser aplicables.
- Recomendamos mantener copias de toda la documentación para sus records personales.

---

## Información de la Cuenta Detallada

La factura detallada de cada proveedor debe adjuntar y debe contener:

- El encabezado indicando el nombre y la dirección de la persona u organización que proporcionó el servicio.
- El nombre completo del paciente que recibe el servicio.
- La fecha de cada servicio.
- Descripción de cada servicio.
- El cargo por cada servicio en la moneda local.

## LOS SIGUIENTES ESPACIOS DEBEN SER COMPLETADOS CON MAYOR CUIDADO:

### 1. Información del paciente

**1E. Nombre del abonado** — Para el pago de cheques, proporcionar el nombre completo (iniciales no son aceptables).

**1H. Dirección postal actual del abonado** — Si se solicita el pago por medio de un cheque, esta es la dirección que será usada. Por favor, proporcionar su dirección física (pagos no pueden ser enviados a Apartados Postales).

### 2. Otros Seguros de Salud

Si el paciente posee cobertura con otro seguro, favor completar los ítems de la letra A a la letra K lo más completamente posible.

Es especialmente importante indicar el nombre y la dirección de la otra compañía de seguros, y el número de póliza o identificación de esa cobertura, así como el nombre y la fecha de nacimiento del titular de la póliza.

Adicionalmente, si el paciente es alguien diferente al suscriptor y ha recibido beneficios de otro plan de seguro de salud por motivo de ley o empleo, el Formulario de Explicación de Beneficios proporcionado por la otra aseguradora con respecto a esos cargos, debe ser incluido en el reclamo. Una fotocopia clara de la Explicación de Beneficios de la otra aseguradora es aceptable en lugar del documento original.

### 4. Cargos

Por favor, listar las facturas adjuntas. Aunque las facturas detalladas de los proveedores mostrando los cargos separados por cada servicio deben ser presentadas, su listado nos permitirá procesar su reclamo más rápidamente. Si requiere espacio adicional, por favor use una hoja de papel a parte para lista la siguiente información:

**4A. Nombre y Dirección del Proveedor** — como es indicado en la factura. Múltiples facturas del mismo proveedor pueden ser incluidas en la misma línea, siempre y cuando sean por el mismo tipo de servicio.

**4B. Tipo de proveedor** — por ejemplo: hospital, enfermera, médico, clínica, fisioterapeuta, etc.

**4C. Descripción del servicio** — por ejemplo: hospital de la admisión, visita ambulatoria, Rayos-X, exámenes de laboratorio, cirugía, etc.

**4D. Fecha de Servicio o compra** — fechas inclusivas deben ser indicadas para facturas que contengan varias fechas de servicio.

**4E. Cargos** — como se indica en la factura. Si la factura ya ha sido pagada, favor indicar la fecha en la que fue pagada.

### 5. Beneficiario del pago

**5A. Pago al abonado, designación del tipo de cambio y método de pago** — 1) Por favor, notar que no todos los tipos de cambio podrían estar disponibles para el pago. En el caso de que usted seleccione el pago en un tipo de cambio que no esté disponible, su pago será efectuado en dólares de los E.E.U.U. Algunos bancos podrían cobrar una cuota para recibir la transacción. Usted debe investigar los cargos cobrados por su banco previo a solicitar una transferencia electrónica puesto que usted será responsable de esos cargos.

2) Para pagos a través de transferencias, proporcionar el la dirección física del banco (no el apartado postal). Para el número de cuenta/IBAN y el número identificador del banco (ABA / BIC / SWIFT), por favor contactar su banco. Por favor, proporcionar una copia de un cheque anulado o una ficha de depósito para que la información del banco pueda ser validada.

**5B. Autorización de pago al proveedor** — complete el ítem 5B si prefiere que los beneficios sean pagados directamente al proveedor del servicio. El pago directo al proveedor queda a la discreción de Blue Cross and Blue Shield, excepto cuando es requerido por la ley.

### 6. Firma

El formulario de Reclamo Internacional debe ser firmado y fechado por el suscriptor, esposa o el paciente.

---

## Declaración de Divulgación

Cualquier persona que con conocimiento o intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una calamidad o beneficio, o quien con conocimiento o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un crimen y puede ser objeto de multas y confinamiento en la cárcel.