

BlueCard Worldwide®

Reclamo Internacional



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

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

Envíe el formulario completo a: BlueCard Worldwide Service Center o claims@bluecardworldwide.com
P.O. Box 261630
Miami, FL 33126 USA

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 postal actual del abonado (Calle, ciudad, estado y país o código postal)		1I. Email del paciente

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 otra 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, lesión, o los síntomas que requieren la fecha del tratamiento y del inicio de síntomas o de lesión.

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. Haga el pago al suscriptor; el proveedor ya ha sido pagado.

1. Moneda – Por favor, indique su preferencia en cuanto a la moneda del pago: Moneda de la cuenta Dólares Americanos

2. Método de pago – Por favor, indique su preferencia en como recibir pago: Cheque (Proporcione su número de teléfono actual) _____

Giro bancario. Si desea recibir un giro bancario, por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre del suscriptor tal como aparece en la cuenta bancaria: _____ Nombre del banco: _____

Domicilio del banco: _____

Número de cuenta / IBAN#: _____ Número identificador del banco / ABA / BIC / SWIFT: _____

5B. Remita el pago al proveedor (al hospital o al medico) si es necesario. Favor de completar y firmar para autorizar el pago al proveedor directamente.

Yo, el abajo firmante, autorizo y solicito que el pago de beneficios se haga al proveedor de servicios, si tal pago directo se considera necesario por Blue Cross Blue Shield.

Nombre del proveedor _____ Firma del suscriptor o su esposo/a _____ Fecha _____

6. Firma

— Certifico que el documento antes mencionado esta completo y correcto y que estoy reclamando beneficios solamente por los gastos del paciente antes mencionado. Por este medio autorizo a cualquier proveedor de servicio que participe de cualquier forma en el cuidado del paciente, para que provea al plan de seguro Blue Cross Blue Shield y a sus asociados con cualquier información medica o personal que sea necesaria para proveer el servicio o para adjudicar este reclamo, reconociendo que las leyes aplicadas en cada país con respecto a la información personal pueden variar entre países. La autorización también es dada al plan de seguro Blue Cross Blue Shield y sus asociados en cualquier país para recolectar, usar o proveer cualquier información medica o otra información personal que sea necesaria para proveer el servicio adjudicar el reclamo o por otra parte explicar la nota de practicas de privacidad del plan de seguro Blue Cross Blue Shield.

Firma del abonado o paciente _____ Fecha _____

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.