

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN MÉDICA

Lea atentamente todas las instrucciones antes de llenar el Formulario de reclamación médica.

Nota: Si es miembro de Medicare, consulte la página dos para ver instrucciones adicionales relacionadas con la presentación de una Reclamación médica.

Si incurrió en un gasto médico con cobertura o pagó un gasto a su cargo y necesita un reembolso, debe enviar este formulario. En el caso de reclamaciones por medicinas o internacional, use los formularios designados como de Farmacia y/o Internacional.

1. Este formulario es necesario solo para presentar reclamaciones por servicios y suministros que no recibe de su proveedor (es decir, de médicos y en hospitales fuera de la red). Debe enviar su reclamación dentro del plazo de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio. Puede presentar su reclamación en cualquier momento durante el año.
2. Use un formulario de reclamación para cada miembro de la familia y para cada médico o proveedor.
3. Llene por completo todas las secciones de este formulario; de lo contrario, es posible que le devuelvan la reclamación.
4. **Si su reclamación se debe a un accidente**, proporcione una copia de la Explicación de Beneficios o la Carta de Fin de Beneficios (si está disponible) de la compañía aseguradora del automóvil.
5. **Si tiene otra compañía de seguros, proporcione una copia de su(s) tarjeta(s) de identificación** y envíe una copia de las declaraciones de Explicación de Beneficios (EOB) de la otra compañía de seguros correspondiente a la reclamación que presenta (es decir, Medicare, Salud, Accidente de tránsito o Accidente laboral).
6. **Si su reclamación es para Equipo médico duradero** (es decir, silla de ruedas, respirador, oxígeno, etc.), debe enviar la receta junto con una carta del médico tratante que indique la necesidad médica.
7. **Sus facturas y recibos detallados originales deben incluir lo siguiente:**

- Nombre del médico o proveedor
- Dirección del médico o proveedor
- Identificación de contribuyente y número NPI (número de identificación nacional del proveedor) del médico o proveedor
- Nombre del Miembro
- Nombre completo del paciente (si no es el miembro)
- Tipo de servicio y código de procedimiento
- Fecha del servicio o compra
- Diagnóstico y código de diagnóstico
- Afección tratada
- Cargo por cada servicio prestado (aparece en el recibo o factura detallados)

Importante: Debe presentar recibos o facturas originales de su proveedor. Conserve una copia ya que los originales no se devuelven.

8. Tenga en cuenta que si el proveedor tiene contrato con Florida Blue, el pago se hará al proveedor. Si se trata de un proveedor contratado y usted ha pagado la totalidad del servicio, deberá solicitar el reembolso directamente al proveedor.
9. Si esta reclamación es para un proveedor no contratado, el pago puede hacerse a usted o al proveedor. Puede firmar la sección AUTORIZACIÓN DE PAGO para que el pago se envíe directamente al proveedor.
10. **Recuerde revisar atentamente sus documentos y formulario de reclamación para asegurarse de que podamos procesar su reclamación de manera rápida y precisa.**

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN MÉDICA

Consejos útiles para buscar su número de identificación del Miembro

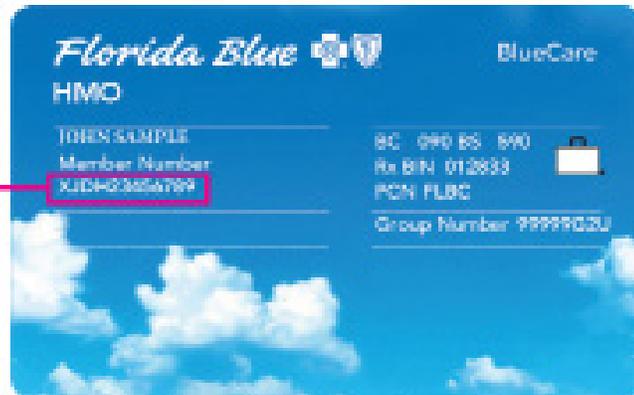
La identificación del Miembro es una combinación de caracteres alfanuméricos. Un número correcto de identificación del Miembro incluye un prefijo (primeros tres caracteres) seguido por nueve caracteres que comienzan con "H", excepto en el caso de los miembros de Blue Medicare "Premier" y las tarjetas de identificación "Value" Rx, las cuales no llevan el prefijo alfanumérico.

Un ejemplo de un número de identificación del Miembro es XJDH23456789, que encontrará en el frente de su tarjeta de identificación del miembro.

3 Prefijo de caracteres

XJDH23456789

ID de miembro



Ejemplo de tarjeta de ID de miembro con fines ilustrativos

DIRECCIÓN POSTAL

Envíe su formulario de reclamación completo por correo junto con las facturas y recibos originales y copias de otras Explicaciones de Beneficios, si corresponde, a:

Florida Blue
P.O. Box 1798
Jacksonville, FL 32231-0014

Miembros de Medicare: No está obligado a usar este formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.

Le pagaremos a su proveedor, a menos que usted ya le haya pagado. Le daremos un reembolso si presenta comprobantes del pago, como por ejemplo:

- Un recibo de tarjeta de crédito o de débito que demuestre que le pagó a su proveedor.
- Un estado de cuenta (bancaria) de tarjeta de crédito o de débito que demuestre que le pagó a su proveedor.
- Una copia de un cheque pagado (frente y dorso) que demuestre que le pagó a su proveedor.
- Una copia de un recibo/estado de cuenta de una tarjeta de crédito o de débito y una descripción detallada de los servicios que recibió a bordo de un crucero

Miembros que no pertenecen a Medicare: Puede solicitarnos que le paguemos a su proveedor. O bien, si desea recibir un reembolso por un servicio, debe enviarnos un comprobante que demuestre que le cobraron por un servicio con cobertura. Ejemplos:

- Una factura detallada (superbill): Una factura de su médico que incluya la información en el paso número siete (consulte las instrucciones de la página 1)
- Una carta o declaración de su proveedor que incluya la información en el paso número siete (consulte las instrucciones de la página 1)

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MÉDICA

(debe llenarlo el suscriptor/titular de la póliza)

Ingrese su número de Miembro y número de grupo que aparecen en su **tarjeta de identificación de Miembro de Florida Blue**.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (el nombre del titular de la póliza que aparece en el frente de su tarjeta de identificación).			
Nombre legal del miembro (apellido, nombre, inic. seg. nombre)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección del miembro; marque la casilla si es una dirección nueva <input type="checkbox"/>		Ciudad	Estado
		Código postal	
Número del miembro (en el frente de su tarjeta de miembro)	Número del grupo (si corresponde)	Nombre del empleador (si corresponde)	
<input type="text" value="Prefijo"/>	<input type="text" value="Ident. del miembro que comienza con 'H'"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre legal del paciente (apellido, nombre, inic. seg. nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Relación del paciente con el miembro	<input type="checkbox"/> Él/ella mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro
Género del paciente	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

OTRO SEGURO DE SALUD (llene solo si tiene otro seguro de salud y/o Medicare)	
Nombre de la compañía de seguros	Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)
Dirección	Ciudad
	Estado
	Código postal
Nombre del titular de la póliza (apellido, nombre, seg. nombre)	Número de Póliza

MEDICARE	
Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)
Parte B de Medicare (Seguro de Hospital) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)
Plan prepagado/HMO de Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE (aparece en el recibo o factura detallada)			
Fecha de servicio (MM/DD/AAAA)	Código del procedimiento	Código de diagnóstico	Cargo por servicio
1			
2			
3			

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MÉDICA

(debe llenarlo el suscriptor/titular de la póliza)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROVEEDOR

Nombre de la compañía de seguros			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número NPI del proveedor	Identificación fiscal		

DETALLES DEL ACCIDENTE / LESIÓN / ENFERMEDAD

Adjunte una descripción de cómo ocurrió la enfermedad, el accidente o la lesión relacionados con el trabajo. En el caso de accidentes de tránsito, incluya una copia de la Carta de Fin de Beneficios de su compañía de seguro del automóvil. Asegúrese de enviar facturas duplicadas.

¿Incurrió en este gasto médico debido a un accidente? Sí No

¿Ha presentado una reclamación de compensación por accidente laboral? Sí No

¿Recibió tratamiento como resultado de una lesión laboral? Sí No

¿Cuándo ocurrió el accidente/lesión/enfermedad (MM/DD/AAAA)?

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Certifico que la información anterior está completa y es correcta, y que esta reclamación de beneficios es solo por los cargos en los que incurrió el paciente que se menciona arriba. Por el presente se autoriza a cualquier hospital, médico u otro proveedor que participó en alguna manera en mi atención y tratamiento a compartir con Florida Blue toda información médica que ellos consideren necesaria para la adjudicación de esta reclamación.

IMPORTANTE: Cualquier persona que, deliberadamente o con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado. Estatutos de la Florida, artículo 817.234.

Firma del titular de la póliza X

Fecha (MM/DD/AAAA)

Autorizo a Florida Blue a pagar beneficios directamente al o los proveedores que se indican en las facturas/recibos adjuntos en los casos en que sean proveedores no contratados y las leyes de la Florida exijan el pago directo, si está autorizado.

NOTA: Si alguno de estos proveedores también presenta una reclamación por los mismos servicio y nos informa que los beneficios se han asignado, podemos honrar esta asignación, esté firmada o no la autorización en este formulario.

Firma del titular de la póliza X

Fecha (MM/DD/AAAA)

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MÉDICA

Florida Blue es un Plan PPO, RPPO y Rx (PDP) que tiene un contrato con Medicare. Florida Blue HMO es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue o en Florida Blue HMO depende de la renovación del contrato.

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, ofrece la cobertura de salud. Health Options, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue HMO, ofrece cobertura HMO. Estas compañías son afiliadas de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., y son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni género.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (línea TTY: 1-877-955-8773)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponibgratis pou ou. Servicios de retransmisión al 1-800-352-2583 (línea TTY: 1-800-955-8770)

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos

95040 0419S

Y0011 _ 95040_ C 0419 C: Abril de 2019

Y0011_95040_C 0419 EGWP C: Abril de 2019