

Formulario para Reclamaciones Internacionales



Consulte las instrucciones en el reverso de este formulario antes de completarlo.

Envíe el formulario completado y la documentación a:
o por Internet en www.bcbsglobalcore.com

Service Center o claims@bcbsglobalcore.com
P.O. Box 2048
Box 2048 Southeastern, PA 19399

Las Compañías de Blue Cross and Blue Shield son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

1. Información del paciente — 1A. Prefijo Alfa Número de identificación *Copie esto de su tarjeta de miembro de Blue Cross Blue Shield.*

1B. Nombre del paciente (nombre, inicial del segundo nombre. apellido)	1C. Fecha de nacimiento del solicitante MM/DD/AAAA	1D. Sexo del paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
1E. Nombre del suscriptor (nombre, inicial del segundo nombre. apellido)	1F. Fecha de nacimiento del solicitante MM/DD/AAAA	1G. Relación del paciente con el suscriptor <input type="checkbox"/> Él/ella mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a
1H. Dirección postal actual del suscriptor (calle, ciudad, estado y país o código postal)		1I. Dirección de correo electrónico del paciente

2. Otro Seguro Médico ¿El paciente está cubierto por otro seguro médico, incluidos Medicare A o B? Sí No

Si respondió Sí, complete de 2A a 2K a continuación.

2A. Nombre y dirección de otra compañía aseguradora

2B. Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual	2C. Fecha de inicio MM/DD/AAAA	2D. Fecha de Finalización MM/DD/AAAA	2E. Número de póliza o identificación de otra cobertura
2F. Tipo de cobertura Hospital: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades mentales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2G. Nombre del suscriptor		2H. Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA
2I. Empleador del suscriptor	2J. Estatus de empleo <input type="checkbox"/> Empleado activo <input type="checkbox"/> Empleado jubilado		
2K. Si el paciente está cubierto por Medicare, complete lo siguiente: Parte A de Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio _____ Parte B de Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio _____			

3. Diagnóstico 3A. Describa la enfermedad, lesión o síntomas que requieren tratamiento y la fecha en que aparecieron los síntomas o la lesión.

3B. ¿Fue el tratamiento el resultado de una lesión relacionada con el trabajo? Sí No

3C. Complete si es para atención relacionada con lesiones por accidente.

Fecha del accidente: _____ Ubicación: Hogar Seguro para automóviles Otro _____
Hora del accidente: _____ *Si el accidente fue causado por otra persona, adjunte una declaración que describa el accidente.*

4. Cargos — Use una línea separada para enumerar cada tipo de servicio o proveedor y adjunte facturas detalladas de todos los servicios.

4A. Nombre y dirección del que hace el cargo	4B. Tipos de proveedores	4C. Descripción de servicio	4D. Fechas de servicio o compra	4E. Cargos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

5. Pagador — Seleccione una de las siguientes opciones de pago:

Opción A. Hacer el pago al suscriptor; ya se ha pagado al proveedor.

Seleccione sus preferencias de pago: Cheque - Dólares estadounidenses Transferencia electrónica de fondos - Dólares estadounidenses Transferencia electrónica de fondos - En la moneda que aparece en la(s) factura(s) detallada(s)

Si desea recibir una transferencia electrónica de fondos, proporcione lo siguiente:

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

Dirección física del banco: _____

No de cuenta/IBAN: _____ Routing# (No. de ruta) / ABA / BIC / SWIFT: _____

Opción B. Hacer el pago al proveedor (hospital, médico), si corresponde. Complete y firme para autorizar el pago directo al proveedor.

Yo, el abajo firmante, autorizo y solicito que el pago de los beneficios adeudados en el presente se haga al proveedor de servicios que aparece a continuación, si dicho pago directo es considerado apropiado por la compañía Blue Cross and Blue Shield del suscriptor:

Nombre del proveedor _____ Firma del suscriptor o cónyuge _____ Fecha _____

6. Firma — Certifico que lo anterior está completo y es correcto y que reclamo beneficios solo por los cargos incurridos por el paciente mencionado anteriormente. Por la presente se autoriza a cualquier proveedor de servicios que participó de alguna manera en la atención del paciente, a divulgar a la compañía Blue Cross and Blue Shield del suscriptor y a sus socios comerciales en cualquier país cualquier información médica o personal que consideren necesaria para proporcionar, mantener o adjudicar esta reclamación, reconociendo que la ley aplicable relativa a la información personal puede ser diferente de país a país. También se otorga autorización a la compañía Blue Cross and Blue Shield del suscriptor y a sus socios comerciales en cualquier país para recopilar, usar o divulgar cualquier información médica u otra información personal que consideren necesaria para brindar un servicio, adjudicar un reclamo o según se describa de otra manera en el Aviso de Prácticas de Privacidad de dicha compañía Blue Cross and Blue Shield.

Firma del suscriptor o paciente _____

Información General

- El Formulario de reclamo internacional de Blue Cross Blue Shield Global Core se utiliza para presentar reclamos institucionales y profesionales de beneficios por servicios cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.
- Para otros tipos de reclamos (e., dentales, de medicamentos recetados), comuníquese con su compañía Blue Cross and Blue Shield para obtener instrucciones sobre la presentación.
- Complete todos los campos. Si la información solicitada no aplica al paciente, indique N/A (No aplica).
- Adjunte recibos y registros médicos (resultados de pruebas, radiografías, etc.), si están disponibles.
- Guarde fotocopias de toda la documentación para sus archivos personales.

Información en la Factura Detallada

La factura detallada original de cada proveedor debe adjuntarse y contener:

- El membrete que indica el nombre y la dirección de la persona u organización que presta el servicio.
- El nombre completo del paciente que recibe el servicio.
- La fecha de cada servicio
- Una descripción de cada servicio
- El cargo por cada servicio en moneda local

SE DEBE TENER ESPECIAL CUIDADO AL COMPLETAR LOS SIGUIENTES CAMPOS:

1. Información del paciente

1E. Nombre del suscriptor – Para pagos con cheque, proporcione su nombre completo (no se aceptan iniciales).

1H. Dirección postal actual del suscriptor – Si se requiere un pago con cheque, se usará esta dirección. Proporcione su dirección física (los pagos no se pueden enviar a un apartado postal (P.O. Box)).

2. Otro Seguro Médico

Si el paciente tiene otra cobertura de seguro, complete los puntos del A al K de la mejor manera posible. Es especialmente importante indicar el nombre y la dirección de la otra compañía de seguros y la póliza o número de identificación de esa cobertura, así como el nombre y la fecha de nacimiento de la persona que tiene esa póliza.

Además, si el paciente es alguien que no es el suscriptor y ha recibido beneficios de cualquier otro plan de seguro médico que tenga por motivo de ley o empleo, la Explicación de Beneficios relacionada con estos cargos proporcionada por la otra aseguradora debe incluirse con la reclamación. Se acepta una fotocopia clara del Formulario de Explicación de Beneficios de la otra aseguradora en lugar del documento original.

4. Cargos

Enumere las facturas adjuntas. Aunque se deben enviar las facturas detalladas del proveedor que muestren un cargo por separado por cada servicio, esa información nos permitirá procesar la reclamación más rápidamente. Si necesita espacio adicional, utilice una hoja de papel separada para incluir la siguiente información:

4A. Nombre y dirección del proveedor — Como se indica en la factura. Se pueden incluir varias facturas del mismo proveedor en la misma línea, siempre que sean por el mismo tipo de servicio.

4B. Tipo de proveedor — Ejemplo: hospital, enfermera, médico, clínica, fisioterapeuta, etc.

4C. Descripción del servicio — Ejemplo: ingreso al hospital, visita al consultorio, radiografía, análisis de laboratorio, cirugía, etc.

4D. Fecha de servicio o compra — Se pueden indicar fechas exclusivas para facturas que contienen varias fechas de servicio.

4E. Cargo — Como se indica en la factura. Si la factura ya se pagó, indique la fecha en que se pagó.

5. Pagador

Opción A. Hacer el pago al suscriptor, designación de la moneda y método de pago — Tenga en cuenta que no todas las formas de moneda pueden estar disponibles para el pago. En el caso de que seleccione el pago en una moneda que no esté disponible, se le pagará en dólares estadounidenses. Los bancos pueden cobrar una tarifa por recibir una transferencia. Es posible que desee investigar las tarifas cobradas por su banco antes de solicitar una transferencia, ya que usted será responsable por dichas tarifas.

Para una transferencia electrónica de fondos, proporcione la dirección física del banco donde se abrió la cuenta (no un P.O. Box). Proporcione una copia de un cheque anulado o un comprobante de depósito para que se pueda validar la información bancaria.

Opción B. Autorización de pago al proveedor — Complete la opción B si prefiere que los beneficios se paguen directamente al proveedor del servicio. El pago directo al proveedor queda a discreción de su Compañía Blue Cross and Blue Shield, excepto cuando lo exija la ley.

6. Firma

El formulario de reclamación internacional debe estar firmado y fechado por el suscriptor, el cónyuge o el paciente.

Declaración de Divulgación

Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión. Esta es una traducción de su original en inglés. La versión en inglés prevalecerá.