

**Llene todos los campos de este formulario.**  
**Las instrucciones para llenarlo se encuentran al reverso.**

Escriba en letra de molde o a máquina.

<b>1</b>	<b>Nombre del asegurado/titular de la póliza</b> (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		<b>2</b>	<b>N.º de Grupo</b>	<b>N.º de asegurado/titular de la póliza</b> (véase en la tarjeta de asegurado)
	<b>Dirección postal</b>			<b>Nombre completo del paciente</b> (Apellido, nombre, segundo nombre)	
	<b>Ciudad y estado</b>		<b>Código postal</b>	<b>Sexo del paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento del paciente</b> Mes      Día      Año ____/____/____
	<b>¿Tiene empleo el asegurado?</b> Fecha de jubilación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado      Mes      Día      Año _____/_____/_____		<b>Parentesco del paciente con el asegurado</b> <input type="checkbox"/> Él mismo/Ella misma <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____		

<b>3</b>	<b>Tipo de tratamiento que recibió:</b> Marque solamente un tipo de tratamiento y adjunte facturas desglosadas. Presente un formulario de reclamación por separado para cada tipo de tratamiento.	<input type="checkbox"/> Lesión — Fecha del accidente: _____/_____/_____
	<b>Tenga en cuenta lo siguiente:</b> La atención médica preventiva incluye vacunas, atención preventiva para bebés, exámenes físicos de rutina y exámenes para la vista y la audición.	<input type="checkbox"/> Enfermedad — Fecha del primer síntoma: _____/_____/_____
		<input type="checkbox"/> Embarazo — Fecha de concepción: _____/_____/_____
		<input type="checkbox"/> Atención preventiva — Fecha del servicio: _____/_____/_____

<b>4</b>	<b>Describe lo siguiente: Diagnóstico, síntomas de enfermedad o lesión o explique la atención preventiva o de rutina que recibió.</b> _____ _____ _____
----------	--

<b>5</b>	<b>¿Se trata de una enfermedad o lesión a causa del trabajo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Nombre y dirección de la empresa para la cual trabaja</b> _____ _____
<b>6</b>	<b>En caso de lesión, ¿estuvo involucrado un vehículo de motor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>7</b>	<b>¿El paciente tiene alguna otra cobertura médica (además de Medicaid, Medicare o CHAMPUS)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Compañía de Seguros _____ Mes      Día      Año Dirección _____ Fecha de entrada en vigor de la cobertura _____/_____/_____ Empresa para la cual trabaja _____ Sexo del asegurado <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____/_____/_____ N.º de Póliza _____ Parentesco con el paciente _____
	<b>Si la otra cobertura es la principal, adjunte la <i>Explicación de beneficios</i> de la otra compañía de seguros.</b>

<b>8</b>	<b>Programa Medicare — Responda si el paciente:</b>	Mes      Día      Año
	a) tiene derecho a beneficios y servicios del seguro de Medicare (Parte A) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigor _____/_____/_____
	b) tiene derecho a beneficios y servicios del seguro de Medicare (Parte B) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigor _____/_____/_____
	c) tiene derecho a beneficios y servicios del seguro de Medicare debido a una incapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigor _____/_____/_____
	N.º de Medicare del paciente. (véase en la tarjeta de Medicare) _____	

<b>9</b>	Declaro que la información mencionada anteriormente está completa y es correcta, y que yo solo solicito el reembolso por los cargos incurridos por el paciente mencionado anteriormente. Por medio de la presente, cualquier hospital, médico, prestador de servicios médicos, aseguradora o cualquier otra entidad tiene autorización de proporcionarle a Blue Cross and Blue Shield of Texas toda la información médica que se les solicite. Cualquier persona que presente una reclamación falsa o fraudulenta intencionalmente para el pago de una pérdida o un beneficio, o que intencionalmente presente información falsa al solicitar una cobertura médica, es culpable de cometer un crimen, y pudiese estar sujeta a multas civiles y penalidades criminales.		
	<b>Firma del asegurado</b>	<b>Fecha</b>	<b>N.º de teléfono para localizarle de día</b>

<b>10</b>	Monto total de TODOS los servicios y suministros con cobertura que se recibieron.      \$
	<b>Tiene que adjuntar la(s) factura(s) desglosada(s) para el/los servicio(s) y suministro(s) con cobertura. (Lea las instrucciones al reverso).</b>

- Para pagarle al asegurado/titular de la póliza. -O-  
 Para obtener crédito en la red por pagos de contado que le hizo a un prestador de servicios médicos.

**Más información**

## INSTRUCCIONES

**Aviso importante: NO presente este formulario si su prestador de servicios médicos está presentando estos cargos a Blue Cross and Blue Shield of Texas.**

**Llene cada campo en el formulario de reclamación.**

<b>1</b>	Nombre, dirección y situación de empleo del asegurado/titular de la póliza	Escriba el nombre del asegurado/titular de la póliza tal y como aparece en la tarjeta de asegurado de Blue Cross and Blue Shield of Texas y proporcione la dirección actual, con código postal incluido. Marque la casilla que indica la situación de empleo del asegurado/titular de la póliza. Incluya la fecha de jubilación en caso de estar jubilado.
<b>2</b>	Información del paciente	Asegúrese de que los números de grupo y de asegurado sean iguales a los que aparecen en la tarjeta de asegurado. Escriba el nombre completo del paciente; no incluya apodos ni iniciales. Marque el sexo del paciente y su parentesco con el asegurado en las casillas apropiadas. Asegúrese de que la fecha de nacimiento del paciente es correcta.
<b>3</b>	Tipo de tratamiento que recibió	Solo marque un tipo de tratamiento (lesión, enfermedad, embarazo o atención médica preventiva) y especifique la fecha de la lesión, fecha del primer síntoma, fecha de concepción o fecha en que se recibió atención médica preventiva. Puede adjuntar múltiples facturas desglosadas para un tipo de tratamiento (ejemplo: solamente para enfermedad, solamente para atención médica preventiva).
<b>4</b>	Diagnóstico o síntomas de la enfermedad o lesión	Escriba el diagnóstico o una breve descripción de los síntomas. Si recibió servicios de atención médica preventiva, indique el tipo de atención (examen físico de rutina, examen de audición, examen de la vista, vacunas o diagnóstico, etcétera).
<b>5</b>	En caso de enfermedad o lesión a causa del trabajo	Marque la casilla apropiada y escriba el nombre y la dirección de la empresa para la cual trabaja.
<b>6</b>	Si la lesión fue causada por un vehículo de motor	Marque la casilla apropiada.
<b>7</b>	Otro seguro	Marque la casilla apropiada. Si la respuesta es "sí", llene la información requerida.
<b>8</b>	Información del Programa Medicare	Indique la elegibilidad para el Programa Medicare en la casilla apropiada. Si la respuesta es "sí", anote la fecha en vigor y el número de asegurado del Programa Medicare.  Los titulares de la póliza en el Programa Medicare deben proporcionar copia(s) del/de los Formulario(s) de <i>Explicación de beneficios</i> de Medicare con sus facturas desglosadas, a menos que el paciente esté empleado actualmente y se requiera que la cobertura grupal pague primero.
<b>9</b>	Firma del asegurado, fecha y n.º de teléfono para localizarle de día	Firme este formulario y escriba la fecha en el espacio indicado, y adjunte la(s) factura(s) desglosada(s) con el membrete de su médico. La(s) factura(s) desglosada(s) deben incluir toda la información que aparece en el siguiente ejemplo:

**Factura desglosada de muestra — Adjunte la(s) factura(s) original(es) al formulario de reclamación y guarde una copia para sus archivos. No hay devolución de facturas desglosadas.**

Nombre de la persona u organización que provee los servicios o suministros.

Dayton Penridge, M.D.  
101 Fourth Street  
Healthville, U.S.A.

---

For Professional Services Rendered To: Diagnosis Code:  
Virginia E. Warowes (78659) Chest pain, other

3/1/15	G0206 Mammogram	\$XXX
3/1/15	19120 Excision of Cyst	\$XXX
3/1/15	19083 Biopsy, breast w/ultrasound	\$XXX
3/6/15	90659 Flu Vaccine	\$XXX
3/6/15	G0008 Flu Vaccine Administration	\$XXX

Llene un formulario de reclamación por separado para cada tipo de tratamiento (uno para enfermedad, otro para una lesión, etcétera) si está presentando facturas desglosadas por distintos servicios.

Nombre del paciente que recibió los servicios o suministros.

**AVISO:** Las facturas por Servicios Privados de Enfermería tienen que mostrar la situación profesional del enfermero (R.N. — Enfermero Registrado, L.V.N. — Enfermero Vocacional con Licencia), el número de licencia del enfermero, y tiene que estar acompañado por una declaración de su médico que indique la razón médica por la cual el servicio es necesario y los apuntes del enfermero sobre el progreso diario del paciente.

Tache los cargos incluidos en reclamaciones anteriores.

Fecha en que cada servicio o suministro se proveyó

Descripción de los servicios o suministros provistos

Cargo por cada servicio o suministro

**PARA QUIENES NO TIENEN COBERTURA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS:** Las facturas por medicamentos recetados tienen que mostrar el nombre de cada medicamento, el número de la receta, la cantidad que se surtió, la fecha de compra y el monto que se cobró por cada medicamento. El farmacéutico tendrá que indicar en la factura desglosada si un medicamento es genérico.

Envíe este formulario lleno, junto con las facturas desglosadas, a:

Blue Cross and Blue Shield of Texas  
P.O. Box 660044  
Dallas, TX 75266-0044