Formulario de reclamación internacional

BlueCross BlueShield Global. | Core

Las compañías Anthem Blue Cross and Blue Shield son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Consulte las instrucciones al dorso de este formulario antes de completarlo.

Envíe el formulario completado y la documentación a: Service Center o claims@bcbsglobalcore.com
o en línea: www.bcbsglobalcore.com
P.O. Box 2048
Southeastern, PA 19399

Sección 1: Información del paciente

1A. Identificación del miembro (Incluya todas las letras y los números como figuran en su tarjeta de identificación de Blue Cross Blue Shield)		
1B. Nombre del paciente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	1C. Fecha de nacimiento del paciente (MMDDAAAA)	1D. Sexo del paciente ☐ Masculino ☐ Femenino
1E. Nombre del suscriptor (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	1F. Fecha de nacimiento del suscriptor (MMDDAAAA)	1G. Relación del paciente con el suscriptor ☐ Suscriptor ☐ Cónyuge ☐ Hijo
1H. Dirección postal actual del suscriptor (calle, ciudad, estado y país o código postal)	1I. Correo electrónico del paciente	

Sección 2: Otro seguro médico. ¿El paciente está cubierto por otro seguro médico, como Medicare A o B? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", complete los puntos 2A a 2K a continuación.

2A. Nombre y dirección de otra compañía aseguradora			
2B. Tipo de póliza ☐ Familiar ☐ Individual	2C. Fecha de entrada en vigencia (MMDDAAAA)	2D. Fecha de finalización (MMDDAAAA)	2E. Número de identificación o póliza de otra cobertura
2F. Tipo de cobertura Médica: ☐ Sí ☐ No Hospital: ☐ Sí ☐ No Enfermedad mental: ☐ Sí ☐ No		2G. Nombre del suscriptor	2H. Fecha de nacimiento del suscriptor (MMDDAAAA)
2I. Empleador del suscriptor			2J. Situación laboral ☐ Empleado activo ☐ Empleado jubilado
2K. Si el paciente está cubierto por Medicare, complete lo siguiente: Medicare Parte A: ☐ Sí ☐ No Fecha de entrada en vigencia (MMDDAAAA): Medicare Parte B: ☐ Sí ☐ No Fecha de entrada en vigencia (MMDDAAAA):			

Sección 3: Diagnóstico

3A. Describa la enfermedades, la lesión o los síntomas que requieren tratamiento y la fecha de inicio de los síntomas o la lesión
3B. ¿El tratamiento del paciente fue a causa de un accidente o condición laboral? ☐ Sí ☐ No
3C. Complete para la atención relacionada con lesiones accidentales Fecha del accidente (MMDDAAAA): Hora del accidente: _____ ☐ a.m. ☐ p.m. Ubicación: ☐ En casa ☐ Auto ☐ Otra: _____ Si alguien más causó el accidente, adjunte una declaración que describa el accidente.

Sección 4: Cargos. Utilice una línea aparte para enumerar todos los tipos de servicio o proveedor y adjunte las facturas desglosadas de todos los servicios.

4A. Nombre y dirección del proveedor que hace el cargo	4B. Tipo de proveedor	4C. Descripción del servicio	4D. Fechas del servicio o la compra	4E. Cargos

Sección 5: Beneficiario. Seleccione una de las siguientes opciones de pago.

Opción A. ☐ **Pagar al suscriptor; se le pagó al proveedor.**

Seleccione su preferencia de pago: ☐ **Cheque** (USD) ☐ **Transferencia electrónica de fondos** (USD) ☐ **Transferencia electrónica de fondos** (moneda en las facturas desglosadas)

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

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

Dirección física del banco: _____

Núm. de cuenta/IBAN: _____ Núm. de enrutamiento/ABA/BIC/SWIFT: _____

Opción B. ☐ **Pagar al proveedor (hospital, médico), si corresponde. Complete y firme lo siguiente para autorizar el pago directo al proveedor.**

Yo, el que suscribe, autorizo y solicito el pago de los beneficios que aquí se indican al siguiente proveedor de servicios, si la compañía de Blue Cross and Blue Shield del suscriptor considera adecuado dicho pago directo:

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

Sección 6: Firma

Certifico que la información anterior es completa y verdadera, y que estoy reclamando los beneficios solo por los cargos que incurrió el paciente mencionado anteriormente. Mediante la presente, se autoriza a cualquier proveedor de servicio, que haya participado de alguna manera en la atención del paciente, a divulgar a la compañía de Blue Cross and Blue Shield del suscriptor y a sus asociados comerciales en cualquier país toda información médica o personal que considere necesaria para prestar servicio o adjudicar esta reclamación, reconociendo que la ley aplicable sobre información personal puede diferir según el país. También se autoriza a la compañía de Blue Cross and Blue Shield del suscriptor y a sus asociados comerciales en cualquier país a recopilar, utilizar o divulgar cualquier información médica o personal que considere necesaria para prestar servicio, adjudicar una reclamación o según se describa en el Aviso de prácticas de privacidad de dicha compañía de Blue Cross and Blue Shield.

Firma del suscriptor o paciente	Nombre en letra de imprenta	Fecha (MMDDAAAA)
X		

Información general

- El *formulario de reclamación internacional* de Blue Cross Blue Shield Global® Core se usa para presentar reclamaciones profesionales e institucionales por los beneficios de los servicios cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.
- **Para otros tipos de reclamación (p. ej., dental, medicamentos recetados), comuníquese con su compañía de Blue Cross and Blue Shield para saber cómo presentar la reclamación.**
- Complete todos los campos. Si la información solicitada no se aplica al paciente, indique N/A (No se aplica).
- Adjunte los recibos y registros médicos (resultados de pruebas, radiografías, etc.), si están disponibles.
- Guarde fotocopias de toda la documentación para sus registros.

Información de la factura desglosada

Debe adjuntarse la factura detallada original de cada proveedor, en la que debe constar:

- El membrete con 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 de cada servicio en la moneda local.

Tenga cuidado especial al completar los siguientes campos:

Sección 1: Información del paciente

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

1H. Dirección de correo postal actual del suscriptor. Si se solicita el pago con cheque, se usará esta dirección. Proporcione su dirección física (los pagos no se pueden enviar a una casilla de correo).

Sección 2: Otro seguro médico

Si el paciente tiene otra cobertura de seguro de salud, complete los puntos A a K con la mayor cantidad de datos posible. Es particularmente importante indicar el nombre y la dirección de la otra compañía de seguro y el número de identificación o póliza de dicha cobertura, como también el nombre y la fecha de nacimiento de la persona titular de esa póliza.

Asimismo, si el paciente no es el suscriptor y recibió beneficios de cualquier otro plan de seguro médico que tiene por motivos legales o laborales, el formulario de la Explicación de beneficios proporcionado por la otra compañía de seguros relacionado con estos cargos debe incluirse en la reclamación. Se acepta una fotocopia nítida del formulario de la Explicación de beneficios de la otra compañía de seguros en lugar del documento original.

Sección 4: Cargos

Detalle las facturas adjuntas. Si bien se deben presentar facturas desglosadas del proveedor que indiquen un cargo por separado por cada servicio, su detalle nos permitirá agilizar el proceso de la reclamación. Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel aparte para anotar 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 y cuando sean por el mismo tipo de servicio.

4B. Tipo de proveedor (p. ej., hospital, enfermero(a), médico, clínica, terapeuta físico, etc.).

4C. Descripción del servicio (p. ej., admisión en un hospital, visita al consultorio, radiografía, prueba de laboratorio, cirugía, etc.).

4D. Fecha de servicio o compra. Se pueden indicar fechas inclusivas para las facturas que tienen varias fechas de servicios.

4E. Cargo (como figura en la factura). Si la factura ya se pagó, indique en qué fecha.

Sección 5: Beneficiario

Opción A. Pagar al suscriptor, designar la moneda y forma de pago. Tenga en cuenta que no todas las monedas están disponibles para efectuar el pago. Si selecciona el pago en una moneda que no está disponible, se le pagará en dólares estadounidenses. Los bancos pueden cobrar un cargo por la transacción. Antes de solicitar una transferencia, consulte los cargos bancarios, ya que usted será responsable de ellos.

Para una transferencia electrónica de fondos, brinde la dirección física del banco donde se abrió la cuenta (no una casilla de correo). Proporcione una copia de un cheque anulado o un recibo de depósito para que podamos validar la información del banco.

Opción B. Autorización del pago al proveedor. Complete la opción B si prefiere que los beneficios se le paguen directamente al proveedor del servicio. El pago directo al proveedor queda a discreción de su compañía de Blue Cross and Blue Shield, salvo cuando sea requerido por ley.

Sección 6: Firma

El suscriptor, cónyuge o paciente debe firmar y fechar el *formulario de reclamación internacional*.

Declaración de divulgación

Para su protección, la ley de California requiere que figure lo siguiente en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para presentar una reclamación de pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Las compañías Anthem Blue Cross and Blue Shield son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.