



P.O. Box 805107 • Chicago, Illinois 60680-4112

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

Por favor escriba en letra de molde o a máquina.

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

3	Tipo de tratamiento que recibió: Marque solamente un tipo de tratamiento y adjunte facturas desglosadas. Por favor presente un formulario de reclamo por separado para cada tipo de tratamiento.	<input type="checkbox"/> Lesión — Fecha del accidente:	____/____/____
	Por favor tenga en cuenta: Atención médica preventiva incluye vacunas, atención de rutina para niños, 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:	____/____/____

4	Describe lo siguiente: Diagnóstico, síntomas de enfermedad o lesión o explique la atención preventiva o de rutina que recibió.

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

7	¿El Paciente tiene cobertura por cualquier otro plan de beneficios médicos (además de Medicaid, Medicare o CHAMPUS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compañía de Seguros _____	
Dirección _____	
Fecha de entrada en vigor de la cobertura Mes Día Año ____/____/____	
Empresa para la cual trabaja _____	
Género (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 _____	
Si la otra cobertura es la principal, adjunte la Explicación de Beneficios de la otra compañía de seguros.	

8	Programa Medicare — Responda si el Paciente:	____/____/____
a) tiene derecho a beneficios del seguro de Medicare (Parte A) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de entrada en vigor
b) tiene derecho a beneficios del seguro de Medicare (Parte B) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de entrada en vigor
c) tiene derecho a beneficios 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. (De la tarjeta de Medicare) _____		

9	Yo certifico que la información mencionada anteriormente está completa y es correcta, y que yo solo reclamo beneficios por los cargos incurridos por el Paciente mencionado anteriormente. Por medio de la presente, cualquier Hospital, Médico, Dentista, Proveedor, Compañía de Seguros, o cualquier otra entidad tiene autorización de proporcionarle a Blue Cross and Blue Shield of Illinois toda la información médica que se les solicite, y que los Planes consideren necesaria para emitir un fallo sobre este reclamo. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de cometer un crimen y pudiese estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.		
Firma del Asegurado		Fecha	N.º de teléfono para localizarle de día

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



INSTRUCCIONES

Aviso importante: NO presente este formulario si su Proveedor de Servicios está presentando estos cargos a Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Por favor llene cada campo en el formulario de reclamo.

Table with 9 rows and 2 columns. Row 1: Nombre, dirección y situación de empleo del Asegurado/Inscrito. Row 2: Información del Paciente. Row 3: Tipo de tratamiento que recibió. Row 4: Diagnóstico o síntomas de la enfermedad o lesión. Row 5: En caso de enfermedad o lesión a causa del trabajo. Row 6: Si la lesión fue causada por un vehículo de motor. Row 7: Otro seguro. Row 8: Información del Programa Medicare. Row 9: Firma del Asegurado, fecha y n.º de teléfono para localizarle de día.

Factura desglosada de muestra — Por favor adjunte la(s) factura(s) original(es) al formulario de reclamo y guarde una copia para sus archivos. No hay devolución de facturas desglosadas.

Diagram showing a sample invoice with callouts. Callouts include: 'Nombre de la Persona u Organización que provee los servicios o suministros' pointing to 'Dayton Penridge, M.D. 101 Fourth Street Healthville, U.S.A.'; 'Nombre del Paciente que recibió los servicios o suministros' pointing to 'Virginia E. Warowes'; 'AVISO: Las facturas por Servicios Privados de Enfermería tienen que mostrar la situación profesional del enfermero...'; 'Fecha en que cada servicio o suministro se proveyó' pointing to dates; 'Descripción de los servicios o suministros provistos' pointing to service descriptions; 'Cargo por cada servicio o suministro' pointing to charges; 'Llene un formulario de reclamo por separado para cada tipo de tratamiento...'; 'Por favor tache los cargos incluidos en reclamos anteriores.'; 'PARA QUIENES NO TIENEN BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS: Las facturas por Medicamentos recetados tienen que mostrar el nombre de cada medicamento...'

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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois
P.O. Box 805107
Chicago, Illinois 60680-4112