



P.O. Box 3283 • Tulsa, Oklahoma 74102-3283

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) Dirección postal Ciudad y estado Código postal ¿Tiene empleo el Asegurado? Fecha de jubilación: Mes Día Año 2 N.º de Grupo N.º de Asegurado/Inscrito (de la tarjeta de asegurado) Nombre completo del Paciente (Apellido, nombre, segundo nombre) Género (sexo) del Paciente Fecha de nacimiento del Paciente Mes Día Año Parentesco del Paciente con el Asegurado

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. 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. Lesión - Fecha del accidente: Enfermedad - Fecha del primer síntoma: Embarazo - Fecha de concepción: Atención preventiva - Fecha del servicio:

4 Describa 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? Sí No Nombre y dirección de la empresa para la cual trabaja 6 En caso de lesión, ¿hubo participación de un vehículo de motor? Sí No

7 ¿El Paciente tiene cobertura por cualquier otro plan de beneficios médicos (además de Medicaid, Medicare o CHAMPUS)? Sí No Compañía de Seguros Dirección Empresa para la cual trabaja Nombre del Asegurado N.º de Póliza Fecha de entrada en vigor de la cobertura Género (sexo) del Asegurado Fecha de nacimiento del Asegurado 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) b) tiene derecho a beneficios del seguro de Medicare (Parte B) c) tiene derecho a beneficios del seguro de Medicare debido a una incapacidad 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 Oklahoma toda la información médica que se les solicite, y que los Planes consideren necesaria para emitir un fallo sobre este reclamo. ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de hacer daño, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente cualquier reclamo para recibir ganancias de una póliza de seguro que contiene información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de cometer un delito.

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 Oklahoma.**

**Por favor llene cada campo en el formulario de reclamo.**

<b>1</b>	Nombre, dirección y situación de empleo del Asegurado/Inscrito	Por favor escriba el nombre del Asegurado/Inscrito tal y como aparece en la tarjeta de asegurado de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma y proporcione la dirección actual, con código postal incluido. Marque la casilla que indica la situación de empleo del Asegurado/Inscrito. 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 aparezcan tal y como aparecen en la tarjeta de asegurado. Escriba el nombre completo del Paciente; no incluya apodos ni iniciales. Marque el género (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	Por favor marque la casilla apropiada. Si la respuesta es "sí", llene la información requerida.
<b>8</b>	Información del Programa Medicare	Por favor 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 inscritos en el Programa Medicare deben de proporcionar copia(s) del/de los Formulario(s) de Explicación de Beneficios de Medicare con sus facturas desglosadas, a menos que el Paciente esté empleado actualmente y requiera cobertura grupal para pagar la prima del seguro principal.
<b>9</b>	Firma del Asegurado, fecha y n.º de teléfono para localizarle de día	Por favor firme este formulario y escriba la fecha en el espacio indicado, y adjunte la(s) factura(s) desglosada(s) con membrete de su médico. La(s) factura(s) desglosada(s) deben de incluir toda la información que aparece en el siguiente ejemplo:

**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.**

Nombre de la Persona u Organización que provee los servicios o suministros.

Nombre del Paciente que recibió 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 reclamo por separado para cada tipo de tratamiento (uno para enfermedad, otro para una lesión, etcétera) si está presentando facturas desglosadas por distintos servicios.

Por favor tache los cargos incluidos en reclamos anteriores.

**10** **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.

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 BENEFICIOS 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 Oklahoma  
P.O. Box 3283  
Tulsa, Oklahoma 74102-3283

