Anthem Blue Cross

# Formulario de reclamación del paciente

NÚMERO DE CONTROL DE LA RECLAMACIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO

FECHA DE NACIMIENTO: MES | DÍA | AÑO

SEXO: M | F

VÍNCULO CON EL MIEMBRO: TITULAR | CÓNYUGE | HIJO

OCUPACIÓN

EMPLEADOR

¿ESTÁ EL PACIENTE CUBIERTO POR MEDICARE? ❑ SÍ ❑ NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETA EL N.º DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA:
(HOSP) PARTE A: MES | DÍA | AÑO
(MED) PARTE B: MES | DÍA | AÑO

SE TRATÓ AL PACIENTE POR:
❑ LESIÓN ❑ ENFERMEDAD ❑ EMBARAZO

FECHA DE LA LESIÓN, APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD O EL EMBARAZO: MES | DÍA | AÑO

¿ESTABA RELACIONADA LA AFECCIÓN CON EL EMPLEO? ❑ SÍ ❑ NO

DESCRIBE BREVEMENTE LA LESIÓN O ENFERMEDAD DEL PACIENTE...
SI ES UNA LESIÓN, DESCRIBE CÓMO OCURRIÓ.

## OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

¿TIENE EL PACIENTE OTRO SEGURO MÉDICO? ❑ SÍ ❑ NO

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA EMPRESA ASEGURADORA

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: MES | DÍA | AÑO

NÚMERO DE PÓLIZA

## INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

N.º DE IDENTIFICACIÓN

N.º DE GRUPO

( ) N.º DE TELÉFONO DIURNO

NOMBRE
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NUEVA DIRECCIÓN ❑ SÍ ❑ NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", SOLICÍTALE AL EMPLEADO QUE FIRME ESTE FORMULARIO.

ESTADO CIVIL DEL MIEMBRO SI EXISTE OTRA COBERTURA:
❑ SOLTERO ❑ CASADO ❑ LEGALMENTE SEPARADO ❑ DIVORCIADO ❑ VIUDO

## SI ESTÁS CASADO/A, COMPLETA LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL CÓNYUGE
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO

FECHA DE NACIMIENTO: MES | DÍA | AÑO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE

¿TIENE EMPLEO TU CÓNYUGE? ❑ SÍ ❑ NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETA CON EL NOMBRE Y LA UBICACIÓN DEL EMPLEADOR DE TU CÓNYUGE:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE DEL PLAN MÉDICO DEL GRUPO DEL CÓNYUGE

## SI ESTÁS DIVORCIADO/A O LEGALMENTE SEPARADO/A Y LA RECLAMACIÓN ES PARA EL HIJO DEPENDIENTE, COMPLETA LO SIGUIENTE:

OTROS NOMBRES DEL PADRE O MADRE
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO

DIRECCÍON

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR

## MÉDICO QUE REALIZA LA REMISIÓN

Si la factura es de un trabajador social clínico autorizado; un consejero infantil, familiar o matrimonial; un audiólogo; o un terapeuta físico, respiratorio o del lenguaje, ¿cuál es el nombre del médico que solicitó el servicio?

Dr. _____

MEDICAMENTOS RECETADOS. Enumera solamente los medicamentos que necesiten receta escrita. Se deben incluir todos los recibos de farmacia.

| FECHA DE COMPRA Mes Día Año | NÚMERO DE RECETA | NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DIAGNÓSTICO | COSTO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | $ |
| | | | | $ |
| | | | | $ |
| | | | | $ |
| | | | | $ |

TOTAL $

Lee detenidamente ambos lados de este formulario. Usa un formulario de reclamación del paciente por separado para CADA PACIENTE.
Escribe en letra de IMPRENTA o A MÁQUINA.

**TU COOPERACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS ÍTEMS DE ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN Y ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AYUDARÁ A ACELERAR EL PROCESO CORRECTO DE TU RECLAMACIÓN.**

| | |
|---|---|
| ❑ CANTIDAD TOTAL DE FACTURAS ADJUNTAS | Certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación.<br>FIRMA DEL PACIENTE (FIRMA DEL PADRE O MADRE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) — FECHA |

# Acerca de este formulario

Estimado miembro:

Generalmente, todos los proveedores de atención médica nos facturará a nosotros directamente por los servicios prestados a ti y a tus dependientes inscritos.

Este es el procedimiento preferido; tú no debes preocuparte por formularios de reclamación y nosotros frecuentemente necesitamos más detalles que los que se proveen en las facturas a los pacientes.

Pero algunas veces, es posible que los médicos no nos facturen a nosotros. O es posible que la empresa de ambulancias, por ejemplo, te facture directamente a ti. En cualquier situación, no existe ninguna forma de que sepamos acerca de tu reclamación.

Por eso, hemos creado este formulario. Úsalo para notificarnos acerca de los servicios médicos cubiertos que no nos han sido facturados aún. Te recomendamos que nos envíes cada factura inmediatamente después de recibirla.

Lee las instrucciones acerca de cómo usar este formulario. Es para tu conveniencia.

Estamos aquí para servirte.

## Cómo usar este formulario

- Completa un formulario de reclamación por separado para cada paciente.
- Adjunta las facturas médicas originales. Te sugerimos que conserves copias de tus registros.
- Si estás inscrito en Medicare, adjunta una copia limpia de la Explicación de Beneficios y las facturas pormenorizadas relacionadas.
- Si Anthem Blue Cross no es tu principal empresa aseguradora, incluye una Explicación de Beneficios de tu otra empresa aseguradora.

## Cuándo usar este formulario

- Cada vez que presentes tus facturas, incluidas las que correspondan a los medicamentos recetados, los servicios de ambulancias los aparatos que en general no se facturan directamente a Anthem Blue Cross.
- No uses los formularios para las facturas que se envían directamente a Anthem Blue Cross por hospital, el médico o el laboratorio.

## Las facturas deben ser pormenorizadas

Los cheques cancelados, los recibos de caja registradora y los estados de "saldo adeudado" que no son pormenorizados no se pueden procesar. Cada factura pormenorizada deben incluir lo siguiente:

1. Nombre y dirección del proveedor (médico, hospital, laboratorio farmacia, servicio de ambulancia, etc.)
2. Nombre del paciente
3. Fecha de prestación del servicio
4. Monto cobrado por cada servicio
5. Diagnóstico o motivo del tratamiento

***Escribe tu número de grupo y tu número de identificación de Anthem Blue Cross en el frente de cada factura.***

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEBE ESTAR INCLUIDA EN LAS FACTURAS PARA ESTOS ARTÍCULOS:

MEDICAMENTOS RECETADOS:

- Número de receta y nombre del medicamento

PERSONAL DE ENFERMERÍA VOCACIONAL AUTORIZADO Y DIPLOMADO:

- Horas y fechas del servicio
- Lugar de servicio (residencia o nombre del hospital)
- Documentación escrita de la remisión del médico (debe incluir el número de licencia estatal, el plan de tratamiento y la duración aproximada de los tratamientos)

PRÓTESIS, APARATOS O EQUIPOS MÉDICOS DURABLES:

- Recetas o pedidos del médico
- Precio de compra

AMBULANCIA

- Puntos de partida y llegada
- Cantidad de kilómetros

DÓNDE ENVIAR LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN COMPLETOS

Envía por correo el formulario completo además de las facturas pormenorizadas a la dirección correspondiente mencionada en tu tarjeta de identificación de Anthem Blue Cross.

INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECLAMACIÓN

Las preguntas sobre los beneficios o las reclamaciones serán respondidas cuando te comuniques con la oficina correspondiente del servicio al cliente de Anthem Blue Cross que se encuentra en tu tarjeta de identificación de Anthem Blue Cross.

Planes de atención médica provistos por Anthem Blue Cross. Planes de seguro provistos por Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California: licenciatarios independientes de Blue Cross Association. ® ANTHEM es una marca registrada. ® El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.