

**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.

<b>1</b>	Nombre del Asegurado/Inscrito (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		<b>2</b>	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?		Fecha de jubilación:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado		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) _____		

<b>3</b>	<b>Tipo de tratamiento que recibió:</b>	Mes      Día      Año
	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: _____/____/____
	<b>Por favor tenga en cuenta:</b> 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: _____/____/____

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

<b>5</b>	¿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 _____ _____
<b>6</b>	En caso de lesión, ¿hubo participación de un vehículo de motor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ _____

<b>7</b>	¿El Paciente tiene cobertura por cualquier otro plan de beneficios médicos (además de <i>Medicaid</i> , <i>Medicare</i> o <i>CHAMPUS</i> )? <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 _____	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 _____
<b>Si la otra cobertura es la principal, adjunte la Explicación de Beneficios 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 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) _____		

<b>9</b>	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. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud para un seguro, es culpable de cometer un crimen, y pudiese estar sujeta a multas civiles y penalidades criminales.	
	Firma del Asegurado	Fecha      N.º de teléfono para localizarle de día

<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. (Por favor lea las instrucciones al reverso).</b>	

## 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.**

<b>10</b>	<p>Nombre de la Persona u Organización que provee los servicios o suministros.</p> <p>Nombre del Paciente que recibió los servicios o suministros.</p> <p><b>AVISO:</b> 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.</p>	<p>Dayton Penridge, M.D. 101 Fourth Street Healthville, U.S.A.</p> <p>For Professional Services Rendered To: Virginia E. Warowes</p> <p>Diagnosis Code: (78659) Chest pain, other</p> <table border="1"> <tr> <td>3/1/15</td> <td>G0206 Mammogram</td> <td>\$XXX</td> </tr> <tr> <td>3/1/15</td> <td>19120 Excision of Cyst</td> <td>\$XXX</td> </tr> <tr> <td>3/1/15</td> <td>19083 Biopsy, breast w/Ultrasound</td> <td>\$XXX</td> </tr> <tr> <td>3/6/15</td> <td>90659 Flu Vaccine</td> <td>\$XXX</td> </tr> <tr> <td>3/6/15</td> <td>G0008 Flu Vaccine Administration</td> <td>\$XXX</td> </tr> </table>	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	<p>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.</p> <p>Por favor tache los cargos incluidos en reclamos anteriores.</p> <p><b>PARA QUIENES NO TIENEN BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS:</b> 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.</p>
	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																
<p>Fecha en que cada servicio o suministro se proveyó</p> <p>Descripción de los servicios o suministros provistos</p> <p>Cargo por cada servicio o suministro</p>																		

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

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma  
P.O. Box 655924  
Dallas, TX 75265-5924