

Formulario de reclamación

No debe completar este formulario si los servicios fueron proporcionados por un hospital, médico o dentista bajo contrato. Estos proveedores bajo contrato enviarán la reclamación en su nombre.

Sección 1 – Información del paciente

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Número de identificación de BCBSKS _____	Número de grupo _____
Apellido _____	Sufijo _____	_____/_____/_____	Fecha de nacimiento
Dirección de residencia _____		(____) _____ - _____	(____) _____ - _____
Ciudad _____		Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular
Estado _____	Código postal _____	+4 _____	
		Dirección de correo electrónico _____	

Cambio de dirección: Por favor marque esta casilla, si la dirección de arriba cambió.

Sección 2 – Información del beneficiario alternativo

Complete esta sección si el reembolso se hará a otra persona que no sea el titular de la tarjeta.

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	(____) _____ - _____	(____) _____ - _____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular
Dirección _____		Dirección de correo electrónico _____	
Ciudad _____			
Estado _____	Código postal _____	+4 _____	

Sección 3 – Información sobre la lesión o enfermedad

¿El servicio está relacionado con un accidente? Sí No
Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

_____/_____/_____

Fecha del accidente

¿Cómo ocurrió el accidente?

El accidente ocurrió en: Casa Escuela Trabajo
 Otro _____

¿La lesión/enfermedad fue el resultado de circunstancias ocupacionales, que tengan cobertura bajo la Compensación para accidentes laborales? Sí No

¿Se presentó una reclamación para la Compensación para accidentes laborales? Sí No

Si la respuesta es no, indique la razón.

Sección 4 – Lesiones causadas por vehículos de motor

¿La lesión fue el resultado del contacto físico con un vehículo de motor? Sí No
Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

Tipo de vehículo de motor involucrado _____

Si fue un accidente en motocicleta, ¿tiene una póliza de seguro de automóviles con cobertura de protección contra lesiones personales? Sí No

Su seguro de automóvil tiene un límite máximo en dólares sobre los beneficios pagaderos para gastos médicos. Por favor comuníquese con su compañía de seguro de automóvil y proporcione la siguiente información:

- cantidad máxima en dólares para protección contra lesiones personales;
- cantidad máxima en dólares de beneficios médicos en exceso;
- declaración detallada y completa, indicando el proveedor del servicio, fecha del servicio y quién lo pagó.

Continúe en la página siguiente.

Sección 5 – Otro seguro médico grupal

¿El paciente tiene derecho a recibir beneficios de otro seguro médico grupal? Sí No

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

Nombre de la otra compañía de seguros

Número de certificado o póliza

Dirección de residencia

_____/_____/_____
Fecha de entrada en vigor

_____/_____/_____
Fecha de cancelación

Ciudad

Nombre del miembro de la familia a cuyo nombre esté la póliza

Estado Código postal +4

Nombre del empleador del miembro de la familia indicado arriba

Sección 6 – Cobertura de Medicare

¿El paciente tiene derecho a recibir beneficios bajo la cobertura hospitalaria de Medicare (Parte A)? Sí No

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

_____/_____/_____
Fecha de entrada en vigor

Número de identificación del Programa Medicare

¿El paciente tiene derecho a recibir beneficios bajo la cobertura médica de Medicare (Parte B)? Sí No

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

_____/_____/_____
Fecha de entrada en vigor

Número de identificación de Medicare

Nombre que aparece en la tarjeta de Medicare

Nombre que aparece en la tarjeta de Medicare

¿El paciente tiene derecho a recibir beneficios bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)? Sí No

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

_____/_____/_____
Fecha de entrada en vigor

Número de identificación de Medicare

Nombre que aparece en la tarjeta de Medicare

Sección 7 – Información adicional y autorización

Para reclamaciones de medicamentos recetados: Presente una reclamación por paciente y adjunte una factura detallada de la farmacia con la firma del farmacéutico o los recibos de la farmacia. No envíe recibos de la caja registradora. La evidencia del servicio debe incluir el nombre del paciente, el nombre del medicamento recetado y número de receta médica, código NDC, cantidad, número de días de suministro, fecha del servicio, costo de cada medicamento recetado más el nombre completo, dirección de la farmacia y el número de identificación tributaria de la farmacia.

Para todos los demás servicios: Presente una reclamación por paciente y adjunte una factura detallada del proveedor del servicio. El desglose debe incluir el nombre del paciente, el servicio prestado, la fecha del servicio, el costo de cada servicio, el diagnóstico, el nombre del proveedor, número

de identificación fiscal y Número nacional de identificación de proveedores (NPI, por sus siglas en inglés). Por favor complete un formulario de reclamación separado en su totalidad para cada factura de gastos hospitalarios y/o médicos que se presente.

Aviso: Es posible que se requiera información adicional para completar el procesamiento de su reclamación.

Presentación oportuna de reclamaciones: El aviso de su reclamación le debe llegar a Blue Cross and Blue Shield of Kansas dentro del plazo de un (1) año y noventa (90) días a partir de la fecha en que se recibieron los servicios. Envíe esta reclamación a:

Blue Cross and Blue Shield of Kansas
1133 SW Topeka Boulevard, Topeka, KS 66629-0001

Declaro que la información contenida en este formulario es correcta y que estoy reclamando mis beneficios solo por los cargos incurridos por el paciente aquí nombrado.

Se requiere su firma

Solicitante (Firma del padre/tutor si es diferente al solicitante)

_____/_____/_____
Fecha en que se firmó

Nombre escrito en letra de molde

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a:

Blue Cross and Blue Shield of Kansas
(785) 291-4180
Línea gratuita: 1-800-432-3990

State of Kansas employees
(785) 291-4185
Línea gratuita: 1-800-332-0307

Para solicitar formularios adicionales, llame a:

Teleorder
(785) 291-8130
Línea gratuita: 1-800-346-2227
o visite nuestro sitio web: bcbsks.com