

# Formulario de reclamación internacional

Consulte las instrucciones que aparecen en el reverso de este formulario antes de llenarlo.



Envíe el formulario lleno y la documentación a: Service Center o [claims@bcbsglobalcore.com](mailto:claims@bcbsglobalcore.com)  
o en línea a [www.bcbsglobalcore.com](http://www.bcbsglobalcore.com)  
P.O. Box 2048  
Southeastern, PA 19399

Las empresas de Blue Cross and Blue Shield son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

## 1. Información sobre el paciente — 1A. Prefijo alfa Número de identificación *Lo debe copiar de su tarjeta de identificación de Blue Cross Blue Shield.*

\_\_\_\_

<b>1B. Nombre del paciente</b> (Primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)	<b>1C. Fecha de nacimiento del paciente</b> MM/DD/AAAA	<b>1D. Sexo del paciente</b> Masculino    Femenino
<b>1E. Nombre del suscriptor</b> (Primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)	<b>1F. Fecha de nacimiento del suscriptor</b> MM/DD/AAAA	<b>1G. Relación del paciente con el suscriptor</b> Misma persona    Cónyuge    Hijo
<b>1H. Dirección de correo actual del suscriptor</b> (Calle, ciudad, estado y condado o código postal)		<b>1I. Dirección de correo electrónico del paciente</b>

## 2. Otros seguros de salud — ¿Tiene el paciente cobertura de otros seguros de salud, como Medicare A o B?    Sí    No

*Si la respuesta es sí, complete de 2A a 2K a continuación.*

### 2A. Nombre y dirección de otra compañía de seguros

<b>2B. Tipo de póliza</b> Familiar    Individual	<b>2C. Fecha de entrada en vigencia</b> MM/DD/AAAA	<b>2D. Fecha de término</b> MM/DD/AAAA	<b>2E. Número de póliza o de identificación de la cobertura</b>
<b>2F. Tipo de cobertura</b> Hospitalaria:    Sí    No Médica:    Sí    No Enfermedad mental:    Sí    No	<b>2G. Nombre del suscriptor</b>		<b>2H. Fecha de nacimiento</b> MM/DD/AAAA
<b>2I. Empleador del suscriptor</b>		<b>2J. Situación laboral</b> Empleado activo    Empleado retirado	
<b>2K. Si el paciente tiene cobertura de Medicare, complete lo siguiente:</b>			
Medicare Parte A:    Sí    No		Medicare Parte B:    Sí    No	
Fecha de entrada en vigencia _____		Fecha de entrada en vigencia _____	

## 3. Diagnóstico: 3A. Describa la enfermedad, la lesión o los síntomas que requieran tratamiento y la fecha de aparición de los síntomas o la lesión.

### 3B. ¿Se produjo el tratamiento debido a un accidente o enfermedad relacionado con el trabajo?    Sí    No

### 3C. Complete en caso de atención relacionada con lesiones accidentales

Fecha del accidente \_\_\_\_\_ Ubicación:    En el hogar    Automóvil    Otro \_\_\_\_\_

Hora del accidente \_\_\_\_\_ *Si el accidente fue provocado por otra persona, adjunte una declaración que describa el accidente.*

## 4. Cargos: Use una línea separada para indicar cada tipo de servicio o proveedor y adjunte las facturas detalladas de todos los servicios.

4A. Nombre y dirección del proveedor que realiza los cargos	4B. Tipo de proveedor	4C. Descripción del servicio	4D. Fecha del servicio o compra	4E. Cargos
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## 5. Pagador: Seleccione una de las siguientes opciones de pago:

### Opción A. Pagar al suscriptor; se ha pagado al proveedor.

Seleccione su preferencia de pago:    **Cheque:** dólar americano    **Transferencia electrónica de fondos:** dólar americano    **Transferencia electrónica de fondos:** divisa de las facturas detalladas

Si desea recibir una transferencia electrónica de fondos, indique lo siguiente:

Nombre del suscriptor como aparece en la cuenta bancaria: \_\_\_\_\_ Nombre del banco: \_\_\_\_\_

Dirección física del banco: \_\_\_\_\_

N.º de cuenta o IBAN: \_\_\_\_\_ N.º de ruta, ABA, BIC, SWIFT: \_\_\_\_\_

### Opción B. Pagar al proveedor (hospital, médico), si corresponde. Complete y firme para autorizar el pago directo al proveedor.

Yo, el suscrito, autorizo y solicito que se realice el pago de los beneficios que se adeuden en el presente al siguiente proveedor de servicios, si dicho pago directo es considerado apropiado por la empresa de Blue Cross and Blue Shield del suscriptor:

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Firma del suscriptor o cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## 6. Firma: Certifico que lo anterior está completo y correcto y que mi reclamación de beneficios es solo por los cargos incurridos por el paciente mencionado anteriormente.

La autorización entregada por medio del presente es para todos los proveedores de servicios que participaron, de alguna forma, en la atención del paciente, para divulgar a la empresa de Blue Cross and Blue Shield del suscriptor y a sus socios comerciales en cualquier país toda la información médica o personal que consideren necesaria para prestar servicios o para adjudicar esta reclamación, reconociendo que la legislación vigente sobre información personal puede ser diferente en cada país. También se entrega autorización a la empresa de Blue Cross and Blue Shield del suscriptor y sus socios comerciales en cualquier país para recopilar, usar o divulgar cualquier información médica o personal que consideren necesaria para prestar servicios, adjudicar una reclamación o, de otra forma, según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la compañía de Blue Cross and Blue Shield.

Firma del suscriptor o paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

## Información general

- El Formulario de reclamación internacional de Blue Cross Blue Shield Global Core se debe usar para presentar reclamaciones institucionales y profesionales para los beneficios por servicios cubiertos fuera de Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.
- **Para otros tipos de reclamaciones (por ejemplo, dental, de medicamentos de venta con receta médica), comuníquese con su empresa de Blue Cross and Blue Shield para recibir las instrucciones de presentación de reclamaciones.**
- Complete todos los campos. Si la información solicitada no corresponde al paciente, indique N/C (No corresponde).
- Adjunte los recibos y la historia clínica (resultados de exámenes, radiografías, etc.), si están disponibles.
- Guarde fotocopias de toda la documentación para sus registros personales.

---

## Información detallada de la factura

Se debe adjuntar la factura detallada original de cada proveedor y debe contener lo siguiente:

- El membrete que indique el nombre y la dirección de la persona o la organización que presta el servicio.
- El nombre completo del paciente que recibe el servicio.
- La fecha de cada servicio.
- Una descripción de cada servicio.
- El cargo por cada servicio en la divisa local.

## DEBE TENER ESPECIAL CUIDADO CUANDO COMPLETE LOS SIGUIENTES CAMPOS:

### 1. Información sobre el paciente

**1E. Nombre del suscriptor:** Para el pago de cheques, indique el nombre completo (no se aceptan iniciales).

**1H. Dirección de correo actual del suscriptor:** Si solicita el pago de cheques, se usará esta dirección. Indique su dirección física (no se pueden enviar los pagos a un apartado postal).

### 2. Otros seguros de salud

Si el paciente posee otra cobertura de seguro, llene los segmentos A al K de la forma más completa posible. Es especialmente importante que indique el nombre y la dirección de la otra compañía de seguros y el número de póliza o identificación de dicha cobertura, además del nombre y la fecha de nacimiento de la persona responsable de dicha póliza.

Además, si el paciente es una persona distinta al suscriptor y ha recibido beneficios de algún otro plan de seguro de salud, por razón de la ley o empleo, debe incluir en la reclamación el formulario de la Explicación de Beneficios entregado por la otra compañía de seguros con respecto a esos cargos. Se acepta una fotocopia clara del formulario de la Explicación de Beneficios de la otra compañía de seguros en lugar del documento original.

### 4. Cargos

Indique en una lista las facturas adjuntas. Aunque debe enviar las facturas detalladas del proveedor que indiquen un cargo separado para cada servicio, su lista nos permitirá procesar la reclamación más rápidamente. Si necesita espacio adicional, use una hoja de papel por separado para indicar la siguiente información:

**4A. Nombre y dirección del proveedor:** como se indica en la factura. Puede incluir varias facturas del mismo proveedor en la misma línea, siempre que sean para el mismo tipo de servicio.

**4B. Tipo de proveedor:** por ejemplo, hospital, enfermera, médico, clínica, fisioterapeuta, etc.

**4C. Descripción del servicio:** por ejemplo, hospitalización, consulta, radiografía, exámenes de laboratorio, cirugía, etc.

**4D. Fecha del servicio o compra:** se pueden indicar fechas globales para las facturas que contienen diversas fechas de servicio.

**4E. Cargos:** como se indican en la factura. Si ya se pagó la factura, indique la fecha de pago.

### 5. Pagador

**Opción A. Pagar al suscriptor, indicar divisa y método de pago:** Tenga presente que es posible que no todas las divisas estén disponibles para pago. En caso de que seleccione pagar en una divisa que no está disponible, se le pagará en dólares americanos. Puede que los bancos le cobren una tarifa por recibir una transferencia. Puede que prefiera buscar las tarifas que cobra su banco antes de solicitar una transferencia, ya que será responsable de todas las tarifas.

Para una transferencia electrónica de fondos, indique la dirección física del banco donde abrió la cuenta (no un apartado postal). Entregue una copia de un cheque o recibo de depósito nulo para validar la información bancaria.

**Opción B. Autorización de pago al proveedor:** Complete la opción B si prefiere que se paguen los beneficios directamente al proveedor de servicios. El pago directo al proveedor queda a criterio de la empresa de Blue Cross and Blue Shield, excepto cuando lo exija la ley.

### 6. Firma

El Formulario de reclamación internacional debe tener la firma y fecha del suscriptor, del cónyuge o del paciente.

---

## Declaración de divulgación

Toda persona que, de forma consciente o voluntaria, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que de forma consciente o voluntaria presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de delito y podría estar sujeta a multas y a encarcelamiento.