

# Formulario de reclamo



No debe completar este formulario si los servicios fueron prestados por un hospital, médico o dentista contratado. Estos proveedores presentarán un reclamo 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 _____		Número de teléfono de residencia _____	Número de teléfono celular _____
Ciudad _____		Número de teléfono del trabajo _____	Número de fax _____
Estado _____	Código postal _____	+4 _____	Dirección de correo electrónico _____

Cambio de dirección: Si la dirección de arriba es diferente, marque esta casilla.

## Sección 2 – Información del beneficiario alterno

Por favor complete esta sección si alguien diferente al titular recibirá el reembolso.

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Número de teléfono celular _____	Número de teléfono de residencia _____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de teléfono del trabajo _____	Número de fax _____
Dirección _____		Dirección de correo electrónico _____	
Ciudad _____			
Estado _____	Código postal _____	+4 _____	

## Sección 3 – Información de su lesión o enfermedad

**¿Está relacionado este servicio con un accidente??**  Sí  No

Si la respuesta es Sí, por favor complete la siguiente información:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha del accidente

¿Cómo ocurrió el accidente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El accidente ocurrió en:  Residencia  Escuela  Trabajo  
 Otro \_\_\_\_\_

**¿Fue esta lesión/enfermedad el resultado de circunstancias ocupacionales sujetas a indemnización laboral?**  Sí  No

¿Se ha presentado un reclamo por indemnización laboral?  Sí  No

Si la respuesta es No, ¿cuál es la razón?

\_\_\_\_\_

## Sección 4 – Lesiones por vehículos a motor

**¿Fue esta lesión el resultado del contacto físico con un vehículo a motor?**  Sí  No

Si la respuesta es Sí, por favor complete la siguiente información:

Tipo de vehículo a motor involucrado \_\_\_\_\_

Si este fue un accidente en motocicleta, ¿usted tiene seguro sin adjudicación de culpa de vehículos a motor?  Sí  No

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

- Cantidad máxima en dólares para protección contra lesiones personales
- Cantidad máxima en dólares para beneficios médicos excedentes
- Declaración detallada completa incluyendo al proveedor del servicio, fecha del servicio y a quién se le pagó.

**Por favor continúe en la siguiente página.**

## Sección 5 – Otro seguro médico grupal

¿Tiene derecho este paciente a recibir beneficios de algún otro seguro médico grupal?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre de la otra aseguradora

Dirección de residencia

Ciudad

Estado Código postal +4

Número de póliza o certificado

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de vigencia

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de cancelación

Nombre del miembro de la familia quien es el titular de la póliza

Nombre del empleador o el miembro de la familia antes indicado

## Sección 6 – Cobertura de Medicare

¿Tiene derecho este paciente a recibir beneficios de la cobertura hospitalaria de Medicare (Parte A)?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la siguiente información:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de identificación de Medicare  
Fecha de vigencia

Nombre en la tarjeta de Medicare

¿Tiene derecho este paciente a recibir beneficios de la cobertura hospitalaria de Medicare (Parte B)?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la siguiente información:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de identificación de Medicare  
Fecha de vigencia

Nombre en la tarjeta de Medicare

¿Tiene derecho este paciente a recibir beneficios de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la siguiente información:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de identificación de Medicare  
Fecha de vigencia

Nombre en la tarjeta de Medicare

## Sección 7 – Información adicional y autorización

**Para reclamos de medicamentos con receta:** Presente un reclamo 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 prueba del servicio debe incluir el nombre del paciente, nombre del medicamento y número de la receta, código NDC, cantidad, número de días del suministro, fecha del servicio, costo de cada medicamento más el nombre completo, la dirección y el número de identificación tributaria de la farmacia.

**Para todos los otros servicios:** Presente un reclamo por paciente y adjunte una factura detallada del proveedor del servicio. El detalle debe incluir el nombre del paciente, el servicio prestado, la fecha del

servicio, el costo de cada servicio, el diagnóstico y el nombre y número de identificación tributaria del proveedor. Por favor complete un formulario de reclamo por separado para cada factura del hospital/médico que se presente.

**Presentación oportuna de reclamos:** Blue Cross and Blue Shield of Kansas debe recibir el aviso de su reclamo dentro de un (1) año y noventa (90) días de la fecha en la que se recibieron los servicios. Envíe este reclamo a:

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

**Yo garantizo que la información incluida en este formulario es correcta, que estoy reclamando los beneficios solamente por los cargos incurridos por el paciente nombrado en este formulario.**

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 preguntas sobre este formulario, llame a:**

Blue Cross and Blue Shield of Kansas  
(785) 291-4180  
Llame sin costo al: 1-800-432-3990

Empleados del estado de Kansas  
(785) 291-4185  
Llame sin costo al: 1-800-332-0307

**Para solicitar formularios adicionales**

Teleordenador  
(785) 291-8130  
Llame sin costo al: 1-800-346-2227  
o ingrese a nuestro sitio bcbsks.com

Se proporciona esta información conforme a las regulaciones federales aplicables.

**Este Aviso contiene información importante. Este Aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Blue Cross and Blue Shield of Kansas. Busque las fechas clave en este aviso. Es posible que deba tomar medidas en ciertas fechas límite para mantener su cobertura médica u obtener asistencia con respecto a los costos. Usted tiene el derecho de obtener esta información, así como asistencia en su idioma de manera gratuita. Por favor llame al: 1-800-432-3990.**

#### La discriminación es un delito

Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. BCBSKS no excluye a las personas o las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Kansas

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados o
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados o
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Holly Graves.

Si considera que BCBSKS no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

Holly Graves, directora, Servicio al Cliente y Ventas Individuales, 1133 S.W. Topeka Blvd., Topeka, KS 66629-0001, 1-800-432-3990, TTY: 1-800-766-3777, Fax: 785-290-0711, [CSC@bcbsks.com](mailto:CSC@bcbsks.com).

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja, Holly Graves está disponible para usted.

También puede presentar electrónicamente una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201.  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

Para obtener asistencia en español, llame al servicio de atención al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación.

請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。

Gọi số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID của quý vị để được hỗ trợ bằng Tiếng Việt.

한국어로 도움을 받고 싶으시면 ID 카드에 있는 고객 서비스 전화번호로 문의해 주십시오.

Para sa tulong sa Tagalog, tumawag sa numero ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card.

Обратитесь по номеру телефона обслуживания клиентов, указанному на Вашей идентификационной карточке, для помощи на русском языке.

اتصل برقم خدمة العملاء الموجود على بطاقة هويتك للحصول على المساعدة باللغة العربية.

Rele nimewo sèvis kliyantèl ki nan kat ID ou pou jwenn èd nan Kreyòl Ayisyen.

Pour une assistance en français du Canada, composez le numéro de téléphone du service à la clientèle figurant sur votre carte d'identification.

Ligue para o número de telefone de atendimento ao cliente exibido no seu cartão de identificação para obter ajuda em português.

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer podany na identyfikatorze.

日本語でのサポートは、ID カードに記載のカスタマーサービス番号までお電話でお問い合わせください。

Per assistenza in italiano chiamate il numero del servizio clienti riportato nella vostra scheda identificativa.

Rufen Sie den Kundendienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an, um Hilfestellung in deutscher Sprache zu erhalten.

برای دریافت راهنمایی به زبان فارسی ، با شماره خدمات مشتری که بر روی کارت شناسایی شما درج شده است تماس بگیرید..