

# BlueCard Worldwide®

## Reclamo Internacional



Los Planes de BlueCross BlueShield tienen licencias independientes con la Asociación de BlueCross BlueShield

Por favor, lea las instrucciones al reverso de este formulario antes de completarlo.  
Por favor use letra de imprenta.

Send completed form to: BlueCard Worldwide Service Center o [ihc@mondialusa.com](mailto:ihc@mondialusa.com)  
P.O. Box 72017  
Richmond, VA 23255-2017 USA

### 1. Información del paciente – 1A. Prefijo alfa Número de identificación

Copie esta información de su tarjeta de identificación de Blue Cross Blue Shield.

\_\_\_\_

<b>1B. Nombre del paciente</b> (Nombre, Inicial, Apellido)	<b>1C. Fecha de nacimiento del paciente</b> Mes/Día/Año / /	<b>1D. Sexo del paciente</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<b>1E. Nombre del abonado</b> (Nombre, Inicial, Apellido)	<b>1F. Fecha de nacimiento del abonado</b> Mes/Día/Año / /	<b>1G. Relación del paciente con el abonado</b> <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a
<b>1H. Dirección de correo actual del abonado</b> (Calle, ciudad, estado y país o código postal)		

### 2. Otros Seguros de Salud – ¿Está el paciente cubierto por otros seguros de salud, incluyendo Medicare A o B?

Sí  No (si la respuesta es sí, complete desde 2A hasta 2K)

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

<b>2B. Tipo de póliza</b> <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Individual	<b>2C. Fecha de vigencia</b> Mes/Día/Año / /	<b>2D. Fecha de terminación</b> Mes/Día/Año / /	<b>2E. Número de identificación ó póliza del otro seguro</b>
<b>2F. Tipo de cobertura</b> Hospital: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad Mental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>2G. Nombre del abonado</b>		<b>2H. Fecha de nacimiento</b> Mes/Día/Año / /
<b>2I. Patrón del abonado</b>	<b>2J. Estado de empleo</b> <input type="checkbox"/> Empleado Activo <input type="checkbox"/> Retirado		

#### 2K. Si el empleado está cubierto por Medicare, complete lo siguiente:

Medicare Parte A:  Sí  No, Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Medicare Parte B:  Sí  No, Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

### 3. Diagnóstico – 3A. Describa la enfermedad, lesión, o los síntomas que requieren la fecha del tratamiento y del inicio de síntomas o de lesión.

### 3B. ¿Fue el paciente tratado a causa de un accidente o condición relacionada con el trabajo? Sí No

#### 3C. Para heridas causadas por un accidente, por favor complete lo siguiente

Fecha del accidente \_\_\_\_\_ Lugar:  En casa  Coche  Otro \_\_\_\_\_  
Hora del accidente \_\_\_\_\_ Si el accidente fue causado por otra persona, por favor incluya una declaración describiendo el accidente

### 4. Cargos – Use una línea por cada servicio o proveedor e incluya recibos/cuentas detalladas de todos los servicios.

4A. Nombre y dirección del proveedor	4B. Tipo de proveedor	4C. Descripción del servicio	4D. Fecha de compra del servicio	4E. Cargos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### 5. Beneficiario – Seleccione una de las siguientes opciones de pago:

#### 5A. Haga el pago al suscriptor; el proveedor ya ha sido pagado.

**1. Moneda** – Por favor, indique su preferencia en cuanto a la moneda del pago:  Moneda de la cuenta  Dólares Americanos  
**2. Método de pago** – Por favor, indique su preferencia en como recibir pago:  Cheque (Proporcione su número de teléfono actual) \_\_\_\_\_  
 Giro bancario. Si desea recibir un giro bancario, por favor, proporcione la siguiente información:  
Nombre del suscriptor tal como aparece en la cuenta bancaria: \_\_\_\_\_ Nombre del banco: \_\_\_\_\_  
Domicilio del banco: \_\_\_\_\_ Cuenta #: \_\_\_\_\_  
Número de ABA (Asociación Americana de Bancos) \_\_\_\_\_ \*Número de Cuenta Internacional (IBAN) #: \_\_\_\_\_  
\*Código de Identificación del Banco (BIC/SWIFT) \_\_\_\_\_ \*Requerido para giros bancarios enviados a los países de la Unión Europea

#### 5B. Remita el pago el proveedor (al hospital o al medico) si es necesario. Favor de completar y firmar para autorizar el pago al proveedor directamente.

Yo, el abajo firmante, autorizo y solicito que el pago de beneficios se haga al proveedor de servicios, si tal pago directo se considera necesario por Blue Cross Blue Shield.

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Firma del suscriptor o su esposo/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**6. Firma** – Certifico que el documento antes mencionado esta completo y correcto y que estoy reclamando beneficios solamente por los gastos del paciente antes mencionado. Por este medio autorizo a cualquier proveedor de servicio que participo de cualquier forma en el cuidado del paciente, para que provea al plan de seguro Blue Cross Blue Shield y a sus asociados con cualquier información medica o personal que sea necesaria para proveer el servicio o para adjudicar este reclamo, reconociendo que las leyes aplicadas en cada país con respecto a la información personal pueden variar entre países. La autorización también es dada al plan de seguro Blue Cross Blue Shield y sus asociados en cualquier país para recolectar, usar o proveer cualquier información medica o otra información personal que sea necesaria para proveer el servicio adjudicar el reclamo o por otra parte explicar la nota de practicas de privacidad del plan de seguro Blue Cross Blue Shield.

Firma del abonado o paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

## Información General

El reclamo Internacional de BlueCard se debe utilizar para someter reclamos institucionales y profesionales para beneficios recibidos fuera de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos de América. **Para instrucciones de completación de otros formularios (ejemplo: dental, prescripciones de farmacia, etc.) póngase en contacto con su plan de BlueCross BlueShield.**

El formulario internacional de reclamos debe de ser completado en total, y acompañado por recibos detallados. No es necesario que provea con la traducción al inglés o con el cambio de moneda.

Como el formulario no puede ser devuelto, por favor asegúrese de fotocopiar todos los recibos y documentos de apoyo para sus registros personales.

---

## Instrucciones del Formulario Internacional de Reclamos

Por favor complete todos los detalles del formulario. Si la información requerida no se aplica al paciente, indique N/A (no aplicable). Ponga atención especial a los siguientes puntos:

### 2. Otros Seguros Médicos

Si el paciente tiene alguna otra cobertura de seguro, por favor complete las líneas A – K tan bien como pueda. Es de especial importancia que indique el nombre y la dirección de la otra compañía de seguro, el número de identificación, el nombre y la fecha de nacimiento de la persona que posee la póliza.

Además, si el paciente es otra persona diferente al abonado y ha recibido beneficios de otro plan de seguro médico por razón de empleo ó ley, el formulario de Explicación de Beneficios proporcionado por ésta otra agencia debe de estar incluido con este reclamo. Una copia legible de la Explicación de Beneficios de la otra compañía de seguros médicos será aceptada.

### 4. Cargos

Por favor, describa aquí los recibos incluidos con este reclamo. Aunque los recibos detallados deben de ser incluidos, su lista nos ayudará a procesar el reclamo más rápidamente y correctamente. Si espacio adicional es necesario para enumerar los cargos, por favor use una hoja de papel diferente y haga una lista con la siguiente información.

**4A. Nombre y dirección del proveedor** – tal y como aparece en la cuenta. Cuentas/recibos múltiples del mismo proveedor podrán ser incluidas en la misma línea si son del mismo tipo de servicio.

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

**4C. Descripción del servicio** – por ejemplo: fecha de admisión al hospital, visita de oficina, rayos x, exámen de laboratorio, operación, etc.

**4D. Día de servicio o compra** – días inclusivos podrán ser empleados en cuentas que contengan múltiples días de servicio.

**4E. Cargos** – los recibos deben ser detallados de manera que señalen un cargo diferente para cada día de servicio. Si la cuenta ya ha sido pagada, por favor indique la fecha en la cual ésta fue pagada.

### 5. Beneficiario de Pago

**5A. Pago al miembro, tipo de moneda, y metodo de pago** – 1) indique si el reembolso debe ser en la moneda de la cuenta o en dólares americanos. Si prefiere el reembolso por cheque o giro bancario. Por favor tome aviso que no todo tipo de monedas se encuentran disponibles. En caso que alguna moneda no sea disponible el pago sera en dólares americanos. Los bancos normalmente cobran una cantidad fija o un porcentaje de la cantidad del giro por aceptar giros bancarios. Es importante usted averigüe lo que cobra su banco antes de solicitar un giro porque usted es responsable de pagar esa cantidad al banco.

2) Usted debera incluir la siguiente informacion en este formulario: Su nombre completo (iniciales no son aceptadas), su dirección física (pagos no podran ser enviados a direcciones postales o Apartado de correos). Para pagos electronicos directo al banco, el nombre del suscrito debera aparecer identico al nombre de la cuenta con el nombre del banco y direccion física (pagos no podran ser enviados a direcciones postales o Apartado de correos), número de cuenta y codigo del banco (número codigo ABA). Por favor, incluya una copia de un cheque cancelado o una hoja de deposito impresa con su informacion y de su banco para que la informacion sea validada. Para pagos electronicos directo a un banco en países de la Union Europea, adicionalmente debera proveer el numero Número de Cuenta de Banco Internacional (IBAN) y codigo identificador del banco (BIC/SWIFT). Para que su cheque sea enviado por Correo Expreso (Express Mail) usted debera proveernos con un numero de teléfono actual.

**5B. Autorizacion de pago el proveedor** – complete parte 5B si usted prefiere que los beneficios se paguen directamente al proveedor de servicio. El pago directo al proveedor se hara a discrecion de Blue Cross Blue Shield, menos donde sea requerido por ley.

### 6. Firma

El formulario de reclamos internacional debe de ser firmado por el abonado, esposo/a, o paciente.

---

## Información de la cuenta detallada

Cada cuenta original detallada del proveedor debe de incluir lo siguiente:

- El membrete indicando el nombre y la dirección de la persona u organización que haya ofrecido el servicio.
- El nombre completo del paciente que haya recibido el servicio.
- La fecha de cada servicio
- La descripción de cada servicio
- Los cargos por cada servicio

El formulario completado, junto con las cuentas detalladas y documentos de apoyo, deberán de ser enviados a:

**BlueCard Worldwide Service Center** o [ihc@mondialusa.com](mailto:ihc@mondialusa.com)  
**P.O. Box 72017**  
**Richmond, VA 23255-2017 USA**