



---

## 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  
P.O. Box 72017  
Richmond, VA 23255-2017 USA**