

FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO PRESENTADO POR EL MIEMBRO



Cuándo utilizar este formulario

Use este formulario para solicitar un pago o reembolso si recibió servicios o suministros médicos en virtud de su plan médico de un proveedor fuera de la red (uno que no tiene contrato con Capital Blue Cross (Capital) u otro plan Blue). Para averiguar si su proveedor tiene un contrato con Capital, puede usar la herramienta "Find a doctor" (Buscar un médico) en **CapitalBlueCross.com**.

Nota: Los proveedores dentro de la red deben presentar los reclamos de pago directamente ante Capital por usted, por lo que si utiliza un proveedor dentro de la red, no necesita usar este formulario para solicitar el pago o reembolso.

Este formulario **no** es para gastos dentales, de la vista o de farmacia; puede encontrar los formularios de reclamo para estos servicios en **CapitalBlueCross.com**. Puede encontrar el formulario de reclamo de Medicare Advantage en **CapitalBlueMedicare.com**.

Envíe un formulario por separado para cada reclamo. Un reclamo es el costo de un servicio y/o suministro proporcionado por un *solo proveedor*, incluso si esos servicios/suministros se proporcionaron en días diferentes.

Lo que necesitará

Además de la información solicitada en el formulario, deberá presentar una factura detallada de su proveedor. Para ayudarnos a procesar su reclamo sin demora, pídale a su proveedor que le proporcione una factura detallada que incluya **todo lo** siguiente:

- ✓ Nombre y dirección del proveedor.
- ✓ Nombre completo del paciente.
- ✓ Fecha en que se proporcionó cada servicio o suministro.
- ✓ Dónde se proporcionaron los servicios/suministros (p. ej., hogar, consultorio, hospital, laboratorio, otros).
- ✓ Código de procedimiento para cada unidad o servicio y cuántos se proporcionaron (p. ej., visita al consultorio, radiografía, laboratorio).
- ✓ Código de diagnóstico (p. ej., código para dolores en el pecho, fracturas óseas y sinusitis).
- ✓ Monto que le pagó al proveedor (si se efectuó el pago).
- ✓ Monto que le cobró el proveedor por cada servicio o suministro.

Si la factura contiene información incorrecta o que falta, retrasará el procesamiento de su reclamo. Revise su factura para asegurarse de que contenga toda esta información y, si no es así, pídale al proveedor que la complete.

Cómo presentar el formulario de reclamo completo

Por correo postal: Escriba sus respuestas en la computadora e imprima el formulario, o imprima el formulario y escriba sus respuestas a mano con tinta azul o negra, fírmelo, y envíe por correo el formulario con la factura y cualquier documento relacionado a:

Procesamiento de reclamos médicos
PO Box 211457
Eagan, MN 55121-3057

¿Qué sucede luego?

Nos comunicaremos con usted si falta información en su formulario de reclamo o en la factura del proveedor. Si todo está en orden, procesaremos el reclamo. Después de su procesamiento, le enviaremos una

explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) que muestra cómo se aplicaron sus beneficios al reclamo. Si se le adeuda dinero en virtud de los beneficios de su plan, le enviaremos un cheque.

Su responsabilidad

Si recibe un cheque de nuestra parte después de procesar su reclamo, es su responsabilidad pagarle al proveedor cualquier monto que aún se adeude en su factura.

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas acerca de este formulario o sus beneficios, llame a Servicios de Atención al Miembro al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

