

# Formulario de solicitud de reembolso presentado por el miembro



Use este formulario para solicitar el reembolso de los servicios incurridos con proveedores no contratados.

| Copie la información de su tarjeta de identificación de miembro de Blue Cross and Blue Shield of Minnesota  |  |  |               |
|---|--|--|---------------|
| Número de identificación  | Número de grupo  | Género del paciente <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro  |               |
| Apellido del beneficiario de la póliza  | Nombre del beneficiario de la póliza   | Fecha de nacimiento del beneficiario de la póliza  |               |
| Dirección del beneficiario de la póliza   | Ciudad   | Estado   | Código postal |
| Apellido del paciente   | Nombre del paciente  | Fecha de nacimiento del paciente   |               |
| Dirección del paciente  | Ciudad   | Estado   | Código postal |
| Relación del paciente con el beneficiario de la póliza<br><input type="checkbox"/> La misma <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente persona   |  | ¿El paciente tiene otra cobertura de seguro?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |               |
| ¿Tiene reclamaciones en el extranjero?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | ¿La enfermedad está relacionada con el trabajo?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿La enfermedad está relacionada con un accidente automovilístico?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |               |
| Nombre del proveedor  |  |  |               |
| Nombre del proveedor  | Dirección  | Ciudad, estado   | Código postal |
|   |  |  |               |
| Información sobre otra cobertura  |  |  |               |
| Para reclamaciones relacionadas con una lesión o accidente automovilístico, proporcione el nombre y la dirección de la otra aseguradora, si corresponde.<br>Número de identificación _____ Número de grupo _____<br>Nombre de la compañía de seguros _____<br>Dirección _____ |  | <b>DEBE INCLUIR UNA COPIA DE SU EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS</b> si tiene otro seguro de atención médica como cobertura primaria, tiene una lesión relacionada con un accidente automovilístico o laboral, o tiene beneficios de Medicare.  |               |
| ¿El paciente tiene otra cobertura de seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Número de identificación _____ Número de grupo _____<br>Nombre de la compañía de seguros _____<br>Dirección _____   |  | ¿El paciente tiene cobertura de Medicare?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Número de Medicare _____<br>¿El paciente es elegible para la Parte A de Medicare?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>¿El paciente es elegible para la Parte B de Medicare?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |               |

# Formulario de solicitud de reembolso presentado por el miembro



**Comprendo que escribir mi nombre en la línea a continuación representa una firma legal.**

Por el presente, certifico que las declaraciones que proporcioné son correctas y acepto reembolsar a Blue Cross and Blue Shield of Minnesota los pagos duplicados que me hayan efectuado otras fuentes debido a la coordinación de beneficios. Autorizo al proveedor de servicios mencionado anteriormente a divulgar la información solicitada en este formulario a Blue Cross and Blue Shield of Minnesota. **La persona que presenta una reclamación con la intención de cometer fraude, o de ayudar a cometerlo, contra una compañía aseguradora será culpable de un hecho delictivo.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

## Cómo presentar su reclamación:

Para procesar su reclamación, necesitamos que incluya toda la información solicitada en este formulario.

- Las solicitudes se deben enviar después de incurrir en el cargo.
  - Se debe presentar un formulario de reclamación por separado para cada miembro cubierto por sus beneficios del plan.
  - Los formularios incompletos pueden generar demoras en el pago.
  - Haga una copia para sus archivos. No podemos devolver los documentos que usted envíe.
  - El reembolso elegible se enviará por correo al beneficiario de la póliza/titular del contrato.
  - La elegibilidad y el pago finales se basarán en los beneficios del plan.
  - Las reclamaciones deben presentarse dentro del plazo definido en los beneficios del plan.
1. Adjunte una copia de la **factura detallada** de su proveedor. La factura **debe** incluir:
    - **Nombre del proveedor**, dirección e identificación fiscal federal o identificador nacional del proveedor (National Provider Identifier, NPI)
    - **Fecha(s) de servicio**: fecha(s) en que recibió el servicio médico o compró el artículo.
    - **Cargo**: el monto facturado por cada servicio médico o artículo comprado.
    - **Código(s) de diagnóstico**: combinación de letras y números que identifican un diagnóstico en particular.
    - **Código(s) de procedimiento**: combinación de letras y números que describen el servicio prestado por el profesional de atención médica.
    - **Código de lugar de servicio (Place of Service, POS)**: número de 2 dígitos que indica dónde se realizó el servicio.
    - **Tipo de factura (Type of Bill, TOB)**: número de 3 a 4 dígitos que se aplica solo a los cargos del hospital/centro.
    - **Código de ingresos**: número de 3 a 4 dígitos que describe el servicio recibido en un hospital/centro.
  2. Puede incluir cualquier otro documento adicional relacionado con el servicio, según sea necesario.

**Nota:** No podemos procesar su reclamación sin la totalidad de la información mencionada anteriormente. Si falta alguno de los elementos anteriores, comuníquese con el proveedor del servicio para obtener la información.

### Envíe este formulario y los recibos por correo a:

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota  
PO Box 982805  
El Paso, TX 79998-2805

O bien

Envíe el formulario por correo electrónico a la siguiente dirección:

[ISC.Subscriber.Claims@bluecrossmn.com](mailto:ISC.Subscriber.Claims@bluecrossmn.com)

## **NOTICE OF NONDISCRIMINATION PRACTICES**

***Effective July 18, 2016***

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: [Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com](mailto:Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com)
- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator  
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus  
M495  
PO Box 64560  
Eagan, MN 55164-0560
- or by phone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by phone at:  
1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F  
HHH Building  
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကသိကျိန်ဒီး, တၢ်ကဟ့ၣ်နၢကျိၣ်တၢ်မၤစၢၤကလိတဖၣ်န့ၣ်လီၤ. ကိး 1-866-251-6744 လၢ TTY  
အဂီၢ်, ကိး 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي  
اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ. TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jì' béésh bee hodíílnih.

Image\_0002R02\_General\_Portrait (01/17)