





## REVISE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE PRESENTAR LA RECLAMACIÓN

---

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

1. Complete la totalidad de los puntos del uno (1) al quince (15) para ayudar a que la identificación sea segura y el pago se realice en forma rápida. Escriba con letra de imprenta o a máquina. Puede encontrar su número de grupo y de identificación de suscriptor en su tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield.
2. Debe firmar el formulario de reclamación debajo de la sección de Información sobre el paciente para indicar que la información es correcta y autorizar el pago.
3. El paciente (o el padre, si el paciente es un menor) debe firmar la "Autorización para dar a conocer información".
4. Si se puede prever razonablemente que los cargos totales del tratamiento planificado serán de \$300 o más, se recomienda la presentación de un cálculo aproximado previo al tratamiento antes del comienzo del tratamiento. Blue Cross les informará a usted y a su dentista acerca de los beneficios pagaderos.

El cálculo aproximado de beneficios está sujeto a que su cobertura esté vigente al momento de la prestación de los servicios y está sujeto a las limitaciones y exclusiones específicas que se mencionan en su plan de beneficios.

Consulte su Certificado de Cobertura para ver una descripción de los servicios cubiertos, el porcentaje pagadero de los cargos, las limitaciones y las exclusiones.

El formulario completado debe enviarse a la dirección que se muestra a continuación.

**NOTA:** Cualquier persona que presente información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas está cometiendo un delito y estará sujeta a una multa, a una pena de prisión o a ambas penas.

### INFORMACIÓN PARA EL DENTISTA A CARGO

1. Complete los puntos 16 a 28 y el punto 29 del formulario de reclamación.
2. Si se puede prever razonablemente que los cargos totales del tratamiento planificado serán de \$300 o más, se recomienda la presentación de un cálculo aproximado previo al tratamiento antes del comienzo del tratamiento. Blue Cross les informará a usted y a su paciente acerca de los beneficios pagaderos.

Usted y su paciente tienen la libertad de llevar adelante cualquier plan de tratamiento por acuerdo mutuo. El cálculo aproximado previo de los beneficios tiene por único propósito evitar cualquier malentendido entre el paciente, el dentista y Blue Cross and Blue Shield con respecto a los beneficios permitidos en virtud de los términos de la cobertura.

3. Por lo general, no se requieren radiografías cuando se presenta una reclamación. No obstante, es posible que se soliciten radiografías preoperatorias en determinadas situaciones para que el consejero dental las utilice en la determinación del beneficio.
4. Si el suscriptor lo ha autorizado, el beneficio se pagará directamente a usted.

**NOTA:** Cualquier persona que presente información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas está cometiendo un delito y estará sujeta a una multa, a una pena de prisión o a ambas penas.

Envíe el formulario completado a: Blue Cross and Blue Shield of Illinois  
POST OFFICE BOX 660247  
DALLAS, TX 75266-0247