



Deben rellenarse todos los campos de este formulario.

Este formulario solo debe usarse si se cuenta con una **excepción de la red de cobertura aprobada** para servicios de salud mental. Escriba a computadora o a mano en letra de molde (use solo tinta negra).

1	Nombre del asegurado/titular de la póliza: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		2	N.º de grupo:	Número de asegurado o titular de la póliza: (en la tarjeta de asegurado)
	Dirección de correo postal:			Nombre completo del paciente: (apellido, nombre, segundo nombre)	
	Ciudad y estado:	Código postal:		Parentesco del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	

3	¿El paciente cuenta con otro seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Aseguradora: _____	Mes	Día	Año
	Domicilio: _____	Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____/_____/_____		
	Empleador: _____	_____/_____/_____		
	Nombre del asegurado: _____	Fecha de nacimiento del asegurado: _____/_____/_____		
	N.º de póliza: _____	Parentesco con el paciente: _____		
Si la otra cobertura es la principal, adjunte la <i>Explicación de beneficios</i> de la otra aseguradora.				

4	Certifico y reconozco lo siguiente:		
	<input type="checkbox"/> Soy responsable de la exactitud de este formulario. La información que he indicado y enviado con este formulario está completa y es precisa.		
	<input type="checkbox"/> El asegurado nombrado anteriormente es elegible para recibir beneficios y servicios médicos incluidos en la cobertura.		
	<input type="checkbox"/> El reembolso se pagará solo en relación con los servicios de salud mental incluidos en la cobertura para los cuales el asegurado recibió una excepción de la red para recibirlos fuera de la red.		
	<input type="checkbox"/> La reclamación es para el reembolso de los gastos de viaje que se necesitaron para acceder a los servicios de salud mental para los que el asegurado recibió una excepción de la red.		
	<input type="checkbox"/> El asegurado recibió los servicios para los que se requería el viaje.		
	<input type="checkbox"/> Si posteriormente se determina que cualquiera de las declaraciones anteriores no es verdadera, se le exigirá al asegurado que devuelva cualquier reembolso por beneficios pagados en relación con esta reclamación.		
	<input type="checkbox"/> El reembolso de esta reclamación está sujeto a la ley aplicable. El reembolso está sujeto a que el servicio, el viaje y el reembolso cumplan con todas las leyes o regulaciones aplicables.		
Firma del asegurado:		Fecha:	Número de teléfono durante el día:

5	Gasto total estimado:		Fecha de hoy:	Nombre y teléfono del prestador de servicios médicos:		Fecha del servicio y descripción:
	Fecha	Viajes				Lugar de hospedaje (nombre y monto en dólares)
		Millaje del automóvil o gasolina* (número de millas)	Avión, tren, autobús, taxi, peajes, estacionamiento, etc. (Monto en dólares)	Comidas	Nombre(s) del acompañante(s)	
	Totales		\$	\$		\$

6	<p>ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO CON TODAS LAS FACTURAS Y RECIBOS A:</p> <p>Blue Cross and Blue Shield of Illinois PO Box 660603 Dallas, Texas 75266-0603</p> <p>Si su cobertura cuenta con mensajería segura, también puede presentar una reclamación en línea enviando un mensaje seguro a través de Blue Access for MembersSM:</p> <p>CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en Blue Access for Members con el nombre de usuario y contraseña. • Haga clic en Mensajes en la esquina superior derecha de la pantalla. • Seleccione Enviar mensaje en el lado derecho del Centro de mensajes y aparecerá un nuevo mensaje. • En el menú desplegable del campo Para, seleccione Adjuntos de envío de reclamaciones. • En el campo Cobertura, seleccione la cobertura para la que presenta una reclamación. • En el campo Asunto, escriba "Nueva reclamación". • En el campo Mensaje, escriba cualquier otra información que desee incluir sobre su reclamación. • Haga clic en Agregar documento adjunto para adjuntar este formulario de reclamación y las copias electrónicas de sus recibos. • Haga clic en Enviar mensaje una vez que haya completado todo. <p>Para TODAS las PREGUNTAS sobre viajes y alojamiento, llame al número de Servicio al Cliente en su tarjeta de asegurado.</p>	<p>CÓMO PRESENTAR SU RECLAMACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haga copias de este formulario según sea necesario. Conserve una como copia original. • Se debe rellenar una copia de este formulario e incluirla con cada solicitud de reembolso. • No se aceptan los recibos de tarjetas de crédito si no se presentan los recibos originales. • No resalte ni marque los artículos incluidos en la cobertura, ni tache los artículos que no están incluidos en la cobertura. • Los suministros de limpieza, artículos personales o misceláneos NO ESTÁN incluidos. • Conserve una copia de toda la reclamación para sus archivos. • Para acelerar el reembolso de su reclamación, incluya una copia impresa de sus citas del centro. <p>RECUERDE OBTENER LOS RECIBOS. EL PAGO NO SE PUEDE PROCESAR SIN LOS RECIBOS ORIGINALES. RELLENAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA EL PAGO.</p> <p>(Espere de 6 a 8 semanas para recibir su reembolso).</p>
---	--	--

7	Monto total de TODOS los servicios y suministros con cobertura recibidos.	\$
	Se deben adjuntar facturas detalladas para los gastos incluidos.	

* El millaje del transporte terrestre se reembolsará según la tarifa de reembolso médico (las tarifas se pueden encontrar en www.irs.gov).



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

300 East Randolph Street
Chicago, IL 60601

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en español bcbsil.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

espanol.bcbsil.com



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

300 East Randolph Street
Chicago, IL 60601

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服。以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓકિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yánilti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'it'áá jik'eh ná hóló. Bee ahil hane'go bee nida'anishi t'áá ákodaat'éhigii dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jik'eh hóló. Kohj'í' 855-710-6984 (TTY: 711) hodilnihi doodago nika'análwo'í bich'í' hanidzihi.
Farsi فارسی	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تلفن ثابت: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libang serbisyonang tulon sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulon at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

espanol.bcbsil.com