



MARQUE UNA OPCIÓN: USE UN FORMULARIO POR RECLAMACIÓN <input type="checkbox"/> CÁLCULO APROXIMADO PREVIO AL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> DECLARACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS	MAIL TO: BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF NEW MEXICO POST OFFICE BOX 660247 DALLAS, TX 75266-0247
--	---

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE	1. NOMBRE DEL PACIENTE PRIMER NOMBRE INIC. SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	2. RELACIÓN CON EL EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMP. <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTRA	3. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. FECHA DE NAC. DEL PACIENTE (MES/DÍA/AÑO)	5. SI ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO UNIVERSIDAD CIUDAD	
	6. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE CORREO DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR			7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR	8. FECHA DE NAC. DEL EMP./SUSCR. (MES/DÍA/AÑO)	
	9. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (COMPAÑÍA)		10. N.º DE GRUPO	11. ¿EL PACIENTE CUENTA CON COBERTURA DE OTRO PLAN? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LOS CASILLEROS 12A A 15. DENTAL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO MÉDICA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
	12-A. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA(S) ASEGURADORA(S)		12-B. NÚMERO(S) DE GRUPO		14-A. NOMBRE DEL OTRO EMPLEADO/SUSCRIPTOR (SI NO COINCIDE CON EL DEL PACIENTE)	
	13. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		14-B. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR		14-C. FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR (MES/DÍA/AÑO)	
	14-B. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR		14-C. FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR (MES/DÍA/AÑO)		15. RELACIÓN CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> EMP. <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTRA	

COMPRENDO QUE EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE POR PARTE DE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD, YA SEA OTORGADA POR MÍ U OBTENIDA DE OTRAS FUENTES, COMO PROVEEDORES MÉDICOS, SE REALIZARÁN CONFORME A LAS REGLAMENTACIONES FEDERALES SOBRE PRIVACIDAD EN VIRTUD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE 1996 (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). AUTORIZO QUE SE DÉ A CONOCER CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTA RECLAMACIÓN. COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE POR TODOS LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL.	POR LA PRESENTE, AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DENTALES QUE DE OTRA FORMA SERÍAN PAGADEROS A MÍ EN FORMA DIRECTA A LA ENTIDAD DENTAL QUE SE NOMBRA A CONTINUACIÓN.
FIRMA (PACIENTE O PADRE/MADRE, SI ES MENOR) FECHA	FIRMA (PERSONA ASEGURADA) FECHA

INFORMACIÓN SOBRE EL DENTISTA	16. NOMBRE DEL DENTISTA		24. ¿EL TRATAMIENTO ES EL RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO?		NO	SÍ	EN CASO AFIRMATIVO, INGRESE UNA DESCRIPCIÓN BREVE Y LAS FECHAS	
	17. DIRECCIÓN DE CORREO		25. ¿EL TRATAMIENTO ES EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO?					
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		26. ¿UN ACCIDENTE DE OTRO TIPO?			
	18. N.º DE SEG. SOC. O TIN DEL DENTISTA	19. N.º DE LICENCIA DEL DENTISTA	20. NÚMERO DE LICENCIA	27. ¿HAY ALGÚN SERVICIO CUBIERTO POR OTRO PLAN?				
	21. FECHA DE LA PRIMERA VISITA DE LA SERIE ACTUAL	22. LUGAR DEL TRATAMIENTO CONSULTORIO/HOSP./CENTRO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO (ECF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)/OTRO	23. ¿SE ADJUNTAN RADIOGRAFÍAS O MODELOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁNTOS?	28. SI ES UNA PRÓTESIS, ¿ES LA COLOCACIÓN INICIAL?		(EN CASO NEGATIVO, MOTIVO DEL REEMPLAZO) FECHA DE LA COLOCACIÓN ANTERIOR		
		29. ¿ES UN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA?				EN CASO AFIRMATIVO, FECHA MESES DE TRATAMIENTO DE COLOCACIÓN DEL APARATO: RESTANTES:		

IDENTIFIQUE LOS DIENTES FALTANTES CON UNA "X"	30. EXAMEN Y PLAN DE TRATAMIENTO: ENUMERAR EN ORDEN DEL DIENTE N.º 1 AL DIENTE N.º 32. USE EL SISTEMA DE FICHAJE.						
	N.º O LETRA DE DIENTE	SUPERFICIES	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO (INCLUIR RADIOGRAFÍAS, PROFILAXIS, MATERIALES USADOS, ETC.)	FECHA DE REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	NÚMERO DE PROCEDIMIENTO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVAMENTE

CERTIFICO POR EL PRESENTE DOCUMENTO QUE LOS PROCEDIMIENTOS, SEGÚN SE INDICAN POR FECHA, SE COMPLETARON Y QUE LOS CARGOS PRESENTADOS SON LOS CARGOS REALES QUE IMPUTÉ Y QUE ESPERO COBRAR POR DICHS PROCEDIMIENTOS.	COMENTARIOS SOBRE SERVICIOS NO USUALES	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CARGO TOTAL COBRADO</td></tr> <tr><td>PAGO REALIZADO POR OTRO PLAN</td></tr> <tr><td>MÁXIMO PERMITIDO DEDUCIBLE</td></tr> <tr><td>% DE LA ASEGURADORA</td></tr> <tr><td>LA ASEGURADORA PAGA</td></tr> <tr><td>EL PACIENTE PAGA</td></tr> </table>	CARGO TOTAL COBRADO	PAGO REALIZADO POR OTRO PLAN	MÁXIMO PERMITIDO DEDUCIBLE	% DE LA ASEGURADORA	LA ASEGURADORA PAGA	EL PACIENTE PAGA
CARGO TOTAL COBRADO								
PAGO REALIZADO POR OTRO PLAN								
MÁXIMO PERMITIDO DEDUCIBLE								
% DE LA ASEGURADORA								
LA ASEGURADORA PAGA								
EL PACIENTE PAGA								
FIRMA (DENTISTA A CARGO) _____ TELÉFONO DEL DENTISTA _____ FECHA _____								



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 NEW MEXICO
POST OFFICE BOX 660247
DALLAS, TX 75266-0247