Print Form

TRIPLE-S SALUD
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR EL SUSCRIPTOR

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE, INICIAL)			**7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (CONTRATO) DEL PACIENTE SUSCRIPTOR (INCLUYA EL ALFA-PREFIJO)** Z U ___	
2. DIRECCIÓN 1 (Use si es diferente a la dirección del asegurado principal)			8. SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE	9. NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO
3. DIRECCIÓN 2			10. NÚMERO DE FAX	11. NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO
4. CIUDAD/PUEBLO	5. ESTADO	6. CÓDIGO POSTAL	12. NÚMERO DE GRUPO (Ver Tarjeta del Plan)	13. NOMBRE DEL GRUPO

B. INFORMACIÓN DEL OTRO SEGURO (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS)

14. ¿TIENE EL PACIENTE ALGUNA OTRA CUBIERTA DE SEGURO MÉDICO? ☐ NO ☐ SÍ Si contestó SÍ, complete la siguiente información:			15. ¿ES ELEGIBLE A MEDICARE EL PACIENTE? ☐ NO ☐ SÍ If SÍ, include Medicare HICN (Claim Number) below:
16. NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑIA DE SEGURO O PLAN MÉDICO			17. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE (HICN) ☐ Parte A ☐ Parte B
18. NÚMERO DE PÓLIZA	19. NÚMERO DE GRUPO		Al reclamar cargos por servicios o suplidos cubiertos que hayan sido parcialmente pagados o denegados por otro seguro médico, incluya copia de la Notificación de Pago o Explicación de Beneficios del otro seguro además de los recibos de pago detallando los servicios. Para cargos de Medicare, incluya la Explicación de Beneficios de Medicare (*Medicare Explanation of Benefits (MEOB)*).
20. NÚMERO DE TELÉFONO DEL OTRO SEGURO	21. NÚMERO DE FAX DEL OTRO SEGURO		
22. DIRECCIÓN DEL OTRO SEGURO			23. PARA USO DE TRIPLE-S SALUD SOLAMENTE

C. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN (Complete solamente si la reclamación es producto de una lesión accidental)

24. LA CONDICIÓN O LESION DEL PACIENTE SE RELACIONA A:
☐ ACCIDENTE EN EL TRABAJO ☐ ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL ☐ OTRO ACCIDENTE, describa:

25. FECHA DEL ACCIDENTE (MES/DÍA/AÑO) / /	26. HORA DEL ACCIDENTE ○ ○ AM / PM	27. ¿EL ACCIDENTE FUE CAUSADO POR OTRA PERSONA? ☐ NO ☐ SÍ	28. ¿PUEDE SER CONSIDERADA LEGALMENTE RESPONSABLE ESA PERSONA POR ESTE ACCIDENTE? ☐ NO ☐ SÍ

D. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

29. CERTIFICO que la información provista en este formulario de reclamación es correcta y completa y que estoy reclamando beneficios solamente para los cargos incurridos por el paciente indicado arriba. AUTORIZO a cualquier hospital, médico, institución de servicios de salud o proveedor que participó en el cuidado de salud del paciente a divulgar a *TRIPLE-S SALUD* o sus representantes autorizados, toda información médica o de otra índole solicitada con el propósito de evaluar y procesar esta reclamación de beneficios.

_____ _____
FIRMA DEL PACIENTE, SUSCRIPTOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO FECHA

D. INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS O SUPLIDOS MÉDICOS

30. NOMBRE DEL PROVEEDOR / SUPLIDOR	31. ID PROVEEDOR/SUPLIDOR (**National Provider Identifier -NPI**) ☐ EIN ☐ NPI	32. NÚMERO LICENCIA DEL PROVEEDOR
33. DIRECCIÓN PROVEEDOR / SUPLIDOR	34. ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR	35. NÚMERO DE CUENTA/RECORD PACIENTE
	36. SERVICIOS PRESTADOS EN: ☐ Puerto Rico ☐ EE.UU. ☐ Fuera de P.R. ó EE.UU.	37. NÚMERO TELÉFONO PROVEEDOR
38 DIAGNÓSTICO ICD	Indique dónde:_____	39. NÚMERO DE PREAUTORIZACIÓN DEL PLAN

	FECHA DE SERVICIO DESDE MM/DD/AAAA	FECHA DE SERVICIO HASTA MM/DD/AAAA	TIPO	LUGAR DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO	MOD	DIAS/ UNIDADES	USO DE *TRIPLE-S SALUD*	TOTAL PAGADO	USO DE *TRIPLE-S SALUD*
1											
2											
3											
4											
5											
6											

FIRMA DEL MÉDICO O SUPLIDOR INCLUYENDO GRADOS O CREDENCIALES _____ FIRMA _____ FECHA	SELLO TIMBRADO DEL PROVEEDOR/SUPLIDOR	**USO DE *TRIPLE-S SALUD* SOLAMENTE**

SMCF-001S Rev. 02-09E

VEA AL DORSO PARA INFORMACIÓN IMPORTANTE

FAVOR LEER ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

PARA EL PACIENTE / SUSCRIPTOR QUE SOMETE LA RECLAMACIÓN PARA REEMBOLSO

1. Use este formulario para reclamar todos los servicios, procedimientos o suplidos médicos, quirúrgicos u hospitalarios y medicamentos recetados.
2. Complete todos los campos aplicables, feche y firme el formulario.
3. Si usted reclama gastos para más de un miembro de su familia, *favor de utilizar un formulario de reclamación para cada uno.*
4. Utilice un formulario de reclamación para servicios o artículos suplidos en distintos años póliza.
5. Incluya y anexe recibos detallados, en original, y Explicación de Beneficios para todos los servicios o suplidos reclamados.
6. Los recibos detallados debe ser legibles y DEBEN incluir la siguiente información:
    - Nombre y dirección, en timbrado, del proveedor o institución que prestó el servicio o suplió el artículo;
    - Nombre, dirección del proveedor;
    - Número de identificación nacional de proveedor (*National Provider Identifier, NPI)* y uno de los siguientes números: Identificación Patronal, Licencia Estatal.
    - Nombre completo del paciente
    - Tipo de servicio rendido o artículo suplido (visita de oficina, rayos-x de pecho, etc.)
    - Fecha de cada servicio recibido o artículo suplido
    - Cantidad facturada y cobrada por cada servicio rendido o artículo suplido
    - Diagnóstico de la aflicción (condición médica para la cual el paciente fue tratado o el artículo suplido).
    - Para los medicamentos recetados debe incluir: recibo de pago con el número de la receta, nombre del medicamento, NDC, cantidad despachada y cantidad pagada por cada medicamento.
    - **Incluya, claramente, su número de identificación (contrato) de *TRIPLE-S SALUD* completo en cada factura o documento.**

NOTA: Recibos individuales de caja, cheques cancelados, recibos de giros, desgloses personales y facturas que indiquen solamente "Balance Pendiente" NO son aceptables.

INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA PARA CIERTAS RECLAMACIONES

1. Las facturas para los siguientes servicios cubiertos deben incluir:
2. **Servicio de Ambulancia:** Justificación de necesidad médica del medico que lo atendió que incluya el diagnóstico y la razón para requerir el transporte por ambulancia y una factura detallada de la compañía de ambulancias que refleje la cantidad pagada por el transporte, la fecha del mismo y las millas viajadas.
3. **Servicio de Enfermera Privada**: Copia de la preautorización del Plan, el tipo de enfermera (RN, LPN), número de licencia, turno y horario trabajado y justificación de necesidad médica del médico que ordenó el servicio de enfermería.
4. **Equipo Médico Duradero** (sillas de rueda, tanques de oxígeno, etc.): Copia de la preautorización del Plan, justificación de necesidad médica del medico que ordenó el equipo que indique por cuanto tiempo será requerido el mismo y factura del suplidor del equipo que incluya el precio del equipo e indique si el precio es por alquiler o compra del equipo.
5. **Asistencia Quirúrgica** (cuando un procedimiento quirúrgico requiere la asistencia de otro cirujano): Copia del informe operatorio.

FACTURAS QUE NO CONTENGAN CUALQUIERA DE ESTA INFORMACIÓN PODRÍAN RETRASAR SU PROCESAMIENTO O SER DEVUELTAS A USTED.

INFORMACIÓN SOBRE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Si usted o alguno de sus dependientes está cubierto por otro seguro de salud, favor de proveer la información solicitada en la sección B INFORMACIÓN DEL OTRO SEGURO.

Cuando someta cargos por servicios o suplidos que hayan sido parcialmente pagados o denegados por otro seguro de salud, acompañe copia de la carta de denegación o la Explicación de Beneficios del otro seguro, junto con las facturas detalladas de los servicios o suplidos.

MEDICARE

Si el PACIENTE para el cual se reclama es elegible a beneficios bajo Medicare, asegúrese de incluir la Explicación de Beneficios de Medicare que el paciente recibió detallando los cargos que fueron pagados y los que no fueron pagados por Medicare. Si la Explicación de Beneficios de Medicare tiene múltiples páginas, envíe *todas las páginas.*

AVISO SOBRE FRAUDE DE SEGUROS

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

ENVÍE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO Y TODOS LOS DOCUMENTOS A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN

TRIPLE-S SALUD
Departamento de Reembolsos
PO BOX 363628
SAN JUAN, PR 00936-3628

www.ssspr.com

TRIPLE-S SALUD
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

Print Form