



P.O. Box 660044 • Dallas, Texas 75266-0044

Por favor llene todos los campos de este formulario. Las instrucciones para llenarlo se encuentran al reverso.

Por favor escriba en letra de molde o a máquina.

1 Nombre del Asegurado/Inscrito (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)
Dirección postal
Ciudad y estado Código postal
¿Tiene empleo el Asegurado? Fecha de jubilación: Mes Día Año
2 N.º de Grupo N.º de Asegurado/Inscrito (de la tarjeta de asegurado)
Nombre completo del Paciente (Apellido, nombre, segundo nombre)
Género (sexo) del Paciente Fecha de nacimiento del Paciente Mes Día Año
Parentesco del Paciente con el Asegurado
[ ] Él mismo/Ella misma [ ] Cónyuge [ ] Hijo [ ] Otro (explique) \_\_\_\_\_

3 Tipo de tratamiento que recibió: Marque solamente un tipo de tratamiento y adjunte facturas desglosadas. Por favor presente un formulario de reclamo por separado para cada tipo de tratamiento.
Por favor tenga en cuenta: Atención médica preventiva incluye vacunas, atención de rutina para niños, exámenes físicos de rutina y exámenes para la vista y la audición.
[ ] Lesión — Fecha del accidente: Mes Día Año
[ ] Enfermedad — Fecha del primer síntoma: Mes Día Año
[ ] Embarazo — Fecha de concepción: Mes Día Año
[ ] Atención preventiva — Fecha del servicio: Mes Día Año

4 Describa lo siguiente: Diagnóstico, síntomas de enfermedad o lesión o explique la atención preventiva o de rutina que recibió.

5 ¿Se trata de una enfermedad o lesión a causa del trabajo? [ ] Sí [ ] No Nombre y dirección de la empresa para la cual trabaja
6 En caso de lesión, ¿hubo participación de un vehículo de motor? [ ] Sí [ ] No

7 ¿El Paciente tiene cobertura por cualquier otro plan de beneficios médicos (además de Medicaid, Medicare o CHAMPUS)? [ ] Sí [ ] No
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Mes Día Año
Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor de la cobertura \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
Empresa para la cual trabaja \_\_\_\_\_ Género (sexo) del Asegurado [ ] Hombre [ ] Mujer
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 Explicación de Beneficios de la otra compañía de seguros.

8 Programa Medicare — Responda si el Paciente:
a) tiene derecho a beneficios del seguro de Medicare (Parte A) [ ] Sí [ ] No Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
b) tiene derecho a beneficios del seguro de Medicare (Parte B) [ ] Sí [ ] No Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
c) tiene derecho a beneficios del seguro de Medicare debido a una incapacidad [ ] Sí [ ] No Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
N.º de Medicare del Paciente. (De la tarjeta de Medicare) \_\_\_\_\_

9 Yo certifico que la información mencionada anteriormente está completa y es correcta, y que yo solo reclamo beneficios por los cargos incurridos por el Paciente mencionado anteriormente. Por medio de la presente, cualquier Hospital, Médico, Dentista, Proveedor, Compañía de Seguros, o cualquier otra entidad tiene autorización de proporcionarle a Blue Cross and Blue Shield of Texas toda la información médica que se les solicite, y que los Planes consideren necesaria para emitir un fallo sobre este reclamo. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de cometer un crimen y pudiese estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.
Firma del Asegurado Fecha N.º de teléfono para localizarle de día

10 Monto total de TODOS los servicios y suministros con cobertura que se recibieron. \$
Tiene que adjuntar la(s) factura(s) desglosada(s) para el/los servicio(s) y suministro(s) con cobertura. (Por favor lea las instrucciones al reverso).



INSTRUCCIONES

Aviso importante: NO presente este formulario si su Proveedor de Servicios está presentando estos cargos a Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Por favor llene cada campo en el formulario de reclamo.

Table with 9 rows containing instructions for filling out the form, including fields for patient information, treatment type, diagnosis, and Medicare status.

Factura desglosada de muestra — Por favor adjunte la(s) factura(s) original(es) al formulario de reclamo y guarde una copia para sus archivos. No hay devolución de facturas desglosadas.

Diagram showing a sample invoice with callouts explaining fields like provider name, patient name, diagnosis code, and service details. Includes an 'AVISO' section for nursing services and a note for medication prescriptions.

Envíe este formulario lleno, junto con las facturas desglosadas a:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 660044
Dallas, Texas 75266-0044



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To speak to an interpreter, call the customer service number on the back of your member card. If you are not a member, or don't have a card, call 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضواً، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل على 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા સભ્યપદના કાર્ડની પાછળ આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入力したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、メンバーカードの裏のカスタマーサービス番号までお電話ください。メンバーでない場合またはカードをお持ちでない場合は 855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오.
ລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າ, ໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອລິມັດຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາເບີຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkídgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'í' hadeesdizh nínízingo éí kwe'é da'íníshgi áká anídaalwo'ígíí bich'í' hodíłnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodíłnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با خدمات مشتری به شماره ای که در پشت کارت عضویت شما درج شده است تماس بگیرید. اگر عضو نیستید، یا کارت عضویت ندارید، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulongan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	گر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.



**Tener cobertura médica es importante para todos.**

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

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

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960  
Correo electrónico: [CivilRightsCoordinator@hcsc.net](mailto:CivilRightsCoordinator@hcsc.net)

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

BCBSTX provee servicios TDD/TTY para los asegurados que llamen y que tengan dificultades de audición, sordera y del habla, además de ayuda en varios idiomas. Los asegurados pueden usar su máquina de teletipo (TeleTYpewriter, TTY) o su aparato para telecomunicaciones (TDD) para acceder a una operadora de teletipo al 1-800-735-2989.