

**¡IMPORTANTE! Debe llenar en inglés**



P.O. Box 91059  
Seattle, WA 98111-9159

**Member Submitted Claim Form  
Formulario de reclamación presentado por el miembro**

Este formulario se debe utilizar para **reclamaciones médicas**, de la **vista** y **dentales** donde usted incurrió en gastos de un proveedor que no facturó directamente al plan.

**No utilice este formulario para reembolso de recetas.** Por favor, utilice el formulario de Reembolso de Medicamentos de Receta (para presentar reclamaciones de recetas) o el Formulario de Reclamación de Medicamentos de Receta del Seguro Secundario.

**Lea las instrucciones al reverso en cuanto a información adicional para completar su reclamo.**

<b>1. PACIENTE / MIEMBRO</b>				
Prefix and ID number (see ID card) <i>Prefijo y número de identificación (vea el reverso de la tarjeta de identificación)</i>	Group number (see ID card) <i>Número de grupo (vea la tarjeta de identificación)</i>	Patient name (first, middle, last) <i>Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)</i>		Date of birth (month/day/year) <i>Fecha de nacimiento (mes/día/año)</i>
Address/Dirección		City/Ciudad	State/ Estado	ZIP/Código postal
Home phone number / <i>Número telefónico en casa</i>	Work or alternate phone number / <i>Número telefónico en el trabajo o alternativo</i>	Subscriber name (first, middle, last) / <i>Nombre del suscriptor (nombre, segundo nombre, apellido)</i>		
Does the patient have coverage from any other health plan? / <i>¿Tiene el paciente cobertura de cualquier otro plan de salud?</i> <input type="checkbox"/> No, skip to section 2 / <i>No, pase a la sección 2</i> <input type="checkbox"/> Yes, please attach the Explanation of Benefits (EOB) statement from the primary plan with this claim, and complete the following information. / <i>Sí, por favor adjunte a esta reclamación el estado de Explicación de Beneficios (EOF) del plan principal y llene la siguiente información.</i>				
Name of other health plan / <i>Nombre del otro plan de salud</i>		ID number or policy number of other health plan / <i>Número de identificación o número de póliza del otro plan de salud</i>	Phone number of other health plan / <i>Número telefónico del otro plan de salud</i>	
<b>2. DETALLES DE LA RECLAMACIÓN    NOTA: Usted tiene que presentar una factura detallada o se devolverá su reclamación.</b>				
Have the charges been paid in full? / <i>¿Se han pagado los cargos por completo?</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please attach proof of payment in full with your itemized bill. / <i>Sí, adjunte prueba del pago por completo a su factura detallada.</i>				
In what setting were these services performed? / <i>¿En qué entorno se realizaron estos servicios?</i> <input type="checkbox"/> Inpatient hospital / <i>Hospital para pacientes hospitalizados</i> <input type="checkbox"/> Outpatient hospital / <i>Hospital para pacientes externos</i> <input type="checkbox"/> Office/clinic / <i>Consultorio/clínica</i> <input type="checkbox"/> Surgery center / <i>Centro quirúrgico</i> <input type="checkbox"/> Skilled nursing facility / <i>Establecimiento de enfermería especializada</i> <input type="checkbox"/> Home / <i>Domicilio</i> <input type="checkbox"/> Other: / <i>Otro:</i> _____				
<b>3. RECLAMACIÓN INTERNACIONAL    NOTA: Usted tiene que presentar una factura detallada o se devolverá su reclamación.</b>				
Is this claim for expenses incurred outside the U.S.A.? / <i>¿Es esta reclamación por gastos incurridos fuera de los Estados Unidos?</i> <input type="checkbox"/> No, skip to section 4 / <i>No, pase a la sección 4</i> <input type="checkbox"/> Yes, please attach an itemized bill, available medical records, and complete this section. / <i>Sí, adjunte una factura detallada, historial médico disponible, y llene esta sección.</i>				
Name of provider / <i>Nombre del proveedor</i>	Type of provider / <i>Tipo de proveedor</i> <input type="checkbox"/> Hospital / <i>Hospital</i> <input type="checkbox"/> Lab / <i>Laboratorio</i> <input type="checkbox"/> Office / <i>Consultorio</i> <input type="checkbox"/> X-ray / <i>Radiólogo</i>	Country of service / <i>País del servicio</i>	City of service / <i>Ciudad del servicio</i>	Date of service / <i>Fecha del servicio</i>
Diagnosis (describe illness and symptoms requiring treatment) / <i>Diagnóstico (describa la enfermedad y los síntomas que requieren tratamiento)</i>			Charges / <i>Cargos</i>	Currency used / <i>Moneda utilizada</i>

4. ACCIDENTE / LESIÓN		
Is this claim due to an accidental injury? / ¿Se debe este reclamo a una lesión accidental? <input type="checkbox"/> No, skip to section 5 / No, pase a la sección 5 <input type="checkbox"/> Yes, complete this section / Sí, llene esta sección	Date of accident / Fecha del accidente	Where did the accident occur? / ¿Dónde ocurrió el accidente? <input type="checkbox"/> Home / Domicilio <input type="checkbox"/> Work / Trabajo <input type="checkbox"/> School / Escuela <input type="checkbox"/> Auto / Vehículo <input type="checkbox"/> Other: / Otro: _____
How did the accident happen? / ¿Cómo ocurrió el accidente?		
Description of injury / Descripción de la lesión		
5. FIRMA		
<b>A fin de que se acepte, se tiene que llenar completamente este formulario (según sea apropiado para la reclamación que se presente), firmar y adjuntar la factura detallada.</b>		
<b>Envíe por correo a:</b> Premera Blue Cross HMO, P.O. Box 91059, Seattle, WA 98111-9159		
Firma del paciente (o del guardián legal si el paciente no puede dar consentimiento para los servicios legalmente) / Patient signature (or legal guardian if patient cannot legally consent to services)	Relationship to patient / Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Self / El mismo <input type="checkbox"/> Other: / Otro: _____	Date (month/day/year) / Fecha (mes/día/año)
<b>Por favor tome nota:</b> Es delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.		

**This form has been translated from English as a courtesy. Premera Blue Cross HMO does not guarantee or warrant the accuracy of the translation and assumes no liability for inaccuracies, omissions or errors in translation. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language documents, the English version shall prevail.**

**Este formulario se ha traducido del inglés como una cortesía. Premera Blue Cross HMO no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción, y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. En caso de un conflicto o diferencia entre el documento traducido y los documentos en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.**

## INSTRUCCIONES

**A. Llene un formulario de reclamación.** La mayoría de los proveedores facturarán directamente por usted y no será necesario ningún formulario de reclamación. Sin embargo, si usted incurre en gastos de un proveedor que no facturará directamente al plan, usted tendrá que llenar un formulario de reclamación y proporcionar una factura detallada. (Vea “B” para mayor información acerca de las facturas detalladas).

**B. Adjunte la factura detallada.** Por favor, no marque ni modifique las facturas detalladas, ya que esto podría ocasionar retrasos en el procesamiento de su reclamación.

Las facturas detalladas tienen que contener la siguiente información:

- Nombre del miembro que incurrió en el gasto
- Nombre, dirección y número de identificación tributaria de IRS del proveedor
- Código del diagnóstico (ICD-10). Esta información se debe obtener de su proveedor.
- Códigos del procedimiento (CPT-4, HCPCS, ADA o UB-04). Esta información se debe obtener de su proveedor.
- Fecha del servicio y cargo detallado de cada servicio prestado

**Por favor tome nota:** Si no se incluye toda la información que se exige más arriba se devolverá su reclamación.

**C. El anverso de su tarjeta de identificación** es posible que no coincida con la imagen a continuación. Esta tarjeta de ejemplo es una guía para ayudarle a identificar su prefijo, números de identificación y grupo. Estos números son obligatorios para llenar su formulario de reclamación.

**PREMERA HMO**

Member  
PREMERA MEMBER

Medical Network SHERWOOD HMO

Prefix Identification # Suffix  
Z3T 123456789 01

Group # 1234567 BCBS 431

Rx Group # BCWAPDP Rx Plan E4  
BIN# 610014

OFFICE VISIT COPAY \$5 / SPECIALIST COPAY \$60  
URGENT CARE COPAY \$35 / EMERGENCY ROOM \$300

In Network Only  
Deductible Individual \$1000  
Deductible Family \$2000  
Out of Pocket Max Individual \$4000  
Out of Pocket Max Family \$8000

RETAIL RX \$10/\$70/40%/50%  
MAIL-ORDER RX \$25/\$175/40%/50%

Rx

**1 — Prefix and Identification #** help us verify your eligibility, determine your coverage and process claims.

*Prefijo y número de identificación nos ayudan a verificar su elegibilidad, determinar su cobertura y procesar las reclamaciones.*

**2 — Group #** identifies your plan's benefits.

*Número de grupo identifica los beneficios de su plan.*

**D. El reverso de su tarjeta de miembro** proporciona información adicional. Para ayudar a garantizar que sus reclamos se paguen apropiadamente, se alienta a los médicos y otros proveedores para que copien el anverso y reverso de su tarjeta cada vez que usted los visite.

Puede buscar la reclamación y la información de elegibilidad en línea. Visite nuestro sitio Web de autoservicio en *premera.com*. También puede llamar al Servicio al Cliente, al número telefónico que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación.

### **La discriminación está prohibida**

Premera Blue Cross HMO (Premera HMO) cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera HMO no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera HMO:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera HMO no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-4535, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico [AppealsDepartmentInquiries@Premera.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@Premera.com). Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

**Asistencia con el idioma**

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-722-4661 (TTY: 711).

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-722-4661 (TTY: 711)。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-722-4661 (TTY: 711).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-722-4661 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-722-4661 (телетайп: 711).

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-722-4661 (TTY: 711).

**УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 844-722-4661 (телетайп: 711).

**ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល្អ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 844-722-4661 (TTY: 711)។

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。844-722-4661 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 844-722-4661 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**XIYYEEFFANNA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 844-722-4661 (TTY: 711).

**ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-722-4661 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 844-722-4661 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-722-4661 (TTY: 711).

**ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-722-4661 (ATS : 711).

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 844-722-4661 (TTY: 711).

**توجه:** اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 844-722-4661 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.**