



Número de teléfono: (800) 367-6401
Fax: (855) 645-8242
Correo electrónico: GroupSupplementalClaimsIL@BCBSIL.com

Atención: Claims Department
P.O. Box 7070
Downers Grove, IL 60515

Nombre del empleado _____
Apellido _____ Nombre _____

El empleado debe completar el formulario

Marque todas las opciones que correspondan:

- Accidente Enfermedad crítica Indemnización hospitalaria

Información del empleado

Número de grupo		Nombre del grupo	
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado Código postal
N.º del Seguro Social		Dirección de correo electrónico	

Información del paciente

- Empleado Hijo Cónyuge

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado Código postal
N.º del Seguro Social	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	

Información sobre exámenes preventivos (es posible que no todas las pruebas/procedimientos estén disponibles en su cobertura. Consulte su certificado de cobertura).

Prueba/procedimiento	Fecha	Prueba/procedimiento	Fecha
<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora		<input type="checkbox"/> Colonoscopia	
<input type="checkbox"/> Prueba de colesterol en suero (HDL Y LDL)		<input type="checkbox"/> Termografía	
<input type="checkbox"/> CA 15-3 (análisis de sangre para diagnosticar el cáncer de mama)		<input type="checkbox"/> Electroforesis de proteínas séricas (mieloma)	
<input type="checkbox"/> Radiografía de pecho		<input type="checkbox"/> Mamografía	
<input type="checkbox"/> Análisis hemocultivo de heces		<input type="checkbox"/> Análisis de sangre para triglicéridos	
<input type="checkbox"/> Análisis de sangre para el cáncer de próstata (PSA, en inglés)		<input type="checkbox"/> Doppler carotídeo	
<input type="checkbox"/> Prueba de glucosa en sangre en ayunas		<input type="checkbox"/> Análisis de sangre para detectar el cáncer de colon (CEA, en inglés)	
<input type="checkbox"/> Aspiración de médula ósea o biopsia		<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia flexible	
<input type="checkbox"/> CA 125 (análisis de sangre para detectar el cáncer de ovario)		<input type="checkbox"/> Papanicolaou (mujeres mayores de 18 años)	
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	
<input type="checkbox"/> Glucosa plasmática en ayunas (FPG, en inglés)		<input type="checkbox"/> Hemoglobina A1c (HbA1c)	
<input type="checkbox"/> Biopsia de cáncer de piel		<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou	
<input type="checkbox"/> Glucosa posprandial de dos horas		<input type="checkbox"/> Colonoscopia virtual	
<input type="checkbox"/> Prueba de COVID-19		<input type="checkbox"/> Vacunas	

Médico tratante del paciente

Nombre del médico	Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono
-------------------	-----------	-------------------------------	--------------------

Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Firma del empleado _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____



Atención: Claims Department
P.O. Box 7070
Downers Grove, IL 60515

Número de teléfono: (800) 367-6401
Fax: (855) 645-8242
Correo electrónico: GroupSupplementalClaimsIL@BCBSIL.com

Nombre del empleado _____
Apellido Nombre

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (necesitaremos una autorización separada para la divulgación de notas de psicoterapia).

Autorizo al médico, profesional médico, farmacéutico u otro proveedor de servicios de **atención médica**, hospital, clínica, otro centro médico o institución relacionada con la medicina; oficina del médico forense; **compañía** de seguros o reaseguros; agencia gubernamental; departamento de trabajo; autoridades policiales o departamento de seguridad pública; titular de la póliza de grupo; empleador; o al administrador de la póliza o de la cobertura a divulgar **información** de los **registros** de:

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento

Información del paciente que se divulgará:

- Datos o registros relacionados con su historia clínica, tratamiento, medicamentos con receta, consultas, autopsias (incluidos informes médicos, expedientes, cuadros, notas [excepto las notas de psicoterapia], radiografías, películas o correspondencia, y cualquier problema médico).
- Cualquier información relacionada con la cobertura de seguro.
- Informe del accidente o cualquier informe de investigación oficial (como informes de la policía, los bomberos, la Administración Federal de Aviación [FAA, en inglés], la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional [OSHA, en inglés] o de toxicología).
- La información será divulgada a:

Blue Cross and Blue Shield of Illinois
P.O. Box 7070
Downers Grove, IL 60515

- Entiendo que la Compañía utilizará la información obtenida mediante esta autorización para evaluar mi reclamo de beneficios. La Compañía solo divulgará dicha información:
 - A su reasegurador o a otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mis reclamaciones.
 - Según lo exija la ley.
 - Según lo que yo autorice posteriormente.
- Entiendo, además, que si rehúso firmar esta autorización se me pueden rechazar los beneficios.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal.
- Entiendo que puedo revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la Compañía haya tomado medidas basándose en esta autorización. Si no se recibe la revocación por escrito, esta autorización se considerará válida por un período que no excederá los 24 meses a partir de la fecha de la firma a continuación. Para iniciar la revocación de esta autorización, dirija toda la correspondencia a la Compañía, a la dirección mencionada anteriormente.
- Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Firma (paciente o representante) _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

Si usted es el representante legal del paciente, podríamos pedir documentación adicional.

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono _____



Conforme a las leyes de algunos estados debemos proporcionarle el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMACIONES:

Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas resarcitorias o encarcelamiento, o una combinación de estos.

California: Para su protección, en California se exige por ley que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener o modificar una cobertura de seguro o para presentar una reclamación para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos esenciales falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Entre las sanciones se podrían incluir el encarcelamiento, las multas, el rechazo del seguro y la reparación civil por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de seguros de una compañía que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a titulares de póliza o reclamantes con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagaderos de los beneficios del seguro deberá ser denunciado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía de seguros o a cualquier otra persona. Se sanciona con encarcelamiento o multas. Además, la aseguradora puede rechazar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada sustancialmente con una reclamación.

Hawái: Para su protección, en Hawái se exige por ley que se le informe que si se presenta una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio se comete un delito que se castiga con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una demanda que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir al error, información relativa a algún hecho sustancial del mismo actúa de forma fraudulenta contra el seguro y comete un delito.

Maryland: Toda persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento.

Nuevo México: Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta de indemnización por pérdida o ganancia, o que deliberadamente proporcione información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de delito y podría quedar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una afirmación falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

Oklahoma: Toda persona que, a sabiendas, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente cualquier reclamación por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una demanda que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir al error, información relativa a algún hecho sustancial del mismo actúa de forma fraudulenta contra el seguro y comete un delito. Será objeto de sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, contribuya o cause la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de un siniestro o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o siniestro, incurrirá en un delito grave y, una vez condenada, será sancionada por cada violación con la multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000), o un plazo de encarcelamiento fijo de tres (3) años, o recibirá ambas sanciones. En caso de circunstancias agravantes, la multa establecida podría aumentarse a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento.

Tennessee: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Entre las sanciones se incluyen el encarcelamiento, las multas y el rechazo de los beneficios del seguro.

Washington: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Entre las sanciones se incluyen el encarcelamiento, las multas y el rechazo de los beneficios del seguro.

Virginia Occidental: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento.



Conforme a las leyes de algunos estados debemos proporcionarle el siguiente aviso:

PARA RECLAMACIONES ÚNICAMENTE:

Alaska: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser enjuiciada conforme a la ley estatal.

Arizona: Para su protección, en Arizona se exige por ley que la siguiente manifestación aparezca en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro será objeto de sanciones penales y civiles.

Arkansas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento.

Delaware: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, a sabiendas, y con la intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una manifestación de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

Minnesota: Cualquier persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o que ayude a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

New Hampshire: Toda persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa será objeto de enjuiciamiento y sanciones por fraude al seguro, según se estipula en la sección 638:20 del estatuto NH RSA.

Nueva Jersey: Toda persona que, a sabiendas, presente una demanda que contenga información falsa o engañosa será objeto de sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Nueva Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro será objeto de sanciones penales y civiles.