



## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR EL SUSCRIPTOR

<b>A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>																																																																																																	
1. NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE, INICIAL)						7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (CONTRATO) DEL PACIENTE SUSCRIPTOR (INCLUYA EL ALFA-PREFIJO) <b>Z U _</b>																																																																																											
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>B. INFORMACIÓN DEL OTRO SEGURO (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS)</b>																																																																																																	
14. ¿TIENE EL PACIENTE ALGUNA OTRA CUBIERTA DE SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <small>Si contestó SÍ, complete la siguiente información:</small>						15. ¿ES ELEGIBLE A MEDICARE EL PACIENTE? <small>Si contestó SÍ, incluya el tipo de plan de Medicare y el número de identificación de medicare (HICN) abajo:</small> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ																																																																																											
16. NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGURO O PLAN MÉDICO						17. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE (HICN) <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B																																																																																											
18. NÚMERO DE PÓLIZA			19. NÚMERO DE GRUPO			<small>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)).</small>																																																																																											
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																																																																																					
<b>C. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN (Complete solamente si la reclamación es producto de una lesión accidental)</b>																																																																																																	
24. LA CONDICIÓN O LESIÓN DEL PACIENTE SE RELACIONA A: <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN EL TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/> OTRO ACCIDENTE, describa:																																																																																																	
25. FECHA DEL ACCIDENTE (MES/DÍA/AÑO) / /			26. HORA DEL ACCIDENTE AM / PM		27. ¿EL ACCIDENTE FUE CAUSADO POR OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ			28. ¿PUEDE SER CONSIDERADA LEGALMENTE RESPONSABLE ESA PERSONA POR ESTE ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ																																																																																									
<b>D. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE</b>																																																																																																	
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																																																																																											
<b>D. INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS O SUPLIDOS MÉDICOS</b>																																																																																																	
30. NOMBRE DEL PROVEEDOR / SUPLIDOR					31. ID PROVEEDOR/SUPLIDOR (National Provider Identifier -NPI) <input type="checkbox"/> EIN <input type="checkbox"/> NPI				32. NÚMERO LICENCIA DEL PROVEEDOR																																																																																								
33. DIRECCIÓN PROVEEDOR / SUPLIDOR					34. ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR				35. NÚMERO DE CUENTA/RECORD PACIENTE																																																																																								
38. DIAGNÓSTICO ICD					36. SERVICIOS PRESTADOS EN: <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Fuera de P.R. ó EE.UU.				37. NÚMERO TELÉFONO PROVEEDOR																																																																																								
					Indique dónde: _____				39. NÚMERO DE PREAUTORIZACIÓN DEL PLAN																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">FECHA DE SERVICIO</th> <th rowspan="2">TIPO</th> <th rowspan="2">LUGAR DE SERVICIO</th> <th rowspan="2">DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</th> <th rowspan="2">CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO</th> <th rowspan="2">MOD</th> <th rowspan="2">DÍAS/ UNIDADES</th> <th rowspan="2">USO DE TRIPLE-S SALUD</th> <th rowspan="2">TOTAL PAGADO</th> <th rowspan="2">USO DE TRIPLE-S SALUD</th> </tr> <tr> <th>DESDE MM/DD/AAAA</th> <th>HASTA MM/DD/AAAA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>													FECHA DE SERVICIO		TIPO	LUGAR DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO	MOD	DÍAS/ UNIDADES	USO DE TRIPLE-S SALUD	TOTAL PAGADO	USO DE TRIPLE-S SALUD	DESDE MM/DD/AAAA	HASTA MM/DD/AAAA	1												2												3												4												5												6											
	FECHA DE SERVICIO		TIPO	LUGAR DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO	MOD	DÍAS/ UNIDADES	USO DE TRIPLE-S SALUD	TOTAL PAGADO	USO DE TRIPLE-S SALUD																																																																																						
	DESDE MM/DD/AAAA	HASTA MM/DD/AAAA																																																																																															
1																																																																																																	
2																																																																																																	
3																																																																																																	
4																																																																																																	
5																																																																																																	
6																																																																																																	
FIRMA DEL MÉDICO O SUPLIDOR INCLUYENDO GRADOS O CREDENCIALES					SELLO TIMBRADO DEL PROVEEDOR/SUPLIDOR				USO DE TRIPLE-S SALUD SOLAMENTE																																																																																								
FIRMA					FECHA																																																																																												

## 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, fecha 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 del 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 afección (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

Las facturas para los siguientes servicios cubiertos deben incluir:

1. **Servicio de Ambulancia:** Justificación de necesidad médica del médico 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.
2. **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.
3. **Equipo Médico Duradero** (sillas de rueda, tanques de oxígeno, etc.): Copia de la preautorización del Plan, justificación de necesidad médica del médico 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.
4. **Asistencia Quirúrgica** (cuando un procedimiento quirúrgico requiere la asistencia de otro cirujano): Copia del informe operatorio.
5. **Anestesia:** Factura del anestesiólogo o el recibo de pago deben incluir los minutos de servicio o las unidades.

### FACTURAS QUE NO CONTENGAN ESTA INFORMACIÓN PUEDEN VER RETRASADO 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](http://www.ssspr.com)



BlueCross BlueShield of Puerto Rico