



# Formulario de reclamo presentado por el miembro

Gracias por ser miembro de Wellmark Blue Cross and Blue Shield. Por favor, revise las instrucciones a continuación para obtener información útil sobre cómo enviar su reclamo para que sea procesado de manera rápida y precisa. **Nota:** *Todos los campos de este formulario son obligatorios para que sea procesado correctamente. Formularios de reclamo incompletos no serán procesados. Complete el formulario con tinta azul o negra. Por favor, no utilice resaltadores.*

**Este formulario de reclamo es para servicios de salud recibidos dentro de los Estados Unidos.** Si los servicios de salud fueron recibidos fuera de los Estados Unidos, por favor utilice el [Formulario de Reclamo Blue Cross and Blue Shield Global™](#). Para medicamentos recetados, por favor utilice el [Formulario de reclamo de reembolso de medicamentos recetados](#).

## Instrucciones del miembro - Sección 1

1. Complete la sección 1 y firme el formulario. Pídale a su médico o proveedor de servicios de atención médica que complete la sección 2.
2. Presente un formulario de reclamo por separado para cada miembro de su familia y por cada proveedor de servicios de atención médica. Guarde copias de todos los documentos para su control.
3. Presente el formulario completado (secciones 1 y 2) y cualquier recibo y declaración detallada a: Wellmark Blue Cross and Blue Shield - Mail Station 1E238 - PO Box 9291 - Des Moines, IA 50306-9291

Por favor, presente su reclamo tan pronto como sea posible después de recibir la atención. Para conocer los plazos específicos de presentación, consulte la sección de Reclamos de su Manual de cobertura de Wellmark para obtener más detalles. Si tiene preguntas o necesita ayuda, ingrese a [Wellmark.com](http://Wellmark.com) o llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Wellmark.

## Instrucciones del médico/proveedor - Sección 2

1. Complete la sección 2 y firme el formulario.
2. Devuelva el formulario completado al titular de la póliza/paciente o envíelo por correo a la dirección indicada anteriormente en nombre del paciente.

<b>Sección 1 - Miembro</b>	<b>Información de la tarjeta de identificación</b>		<b>Información del paciente (si difiere del titular de la póliza)</b>			
	Número de identificación del titular de la póliza que aparece en la tarjeta de identificación: (incluya letras) _____		Nombre del paciente:		Apellido del paciente:	
	Nombre del titular de la póliza que aparece en la tarjeta de identificación (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____			
	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____		Relación del paciente con el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro			
	Dirección del titular de la póliza: _____		Dirección del paciente: (si difiere del titular de la póliza) _____			
Certifico que la información proporcionada es completa y correcta, y que reclamo los beneficios solo por los cargos incurridos por el paciente mencionado anteriormente. Firma del titular de la póliza/certificado: _____ Fecha: ____/____/____						

<b>Sección 2 - Proveedor</b>	<b>Información de servicios y del proveedor de servicio - Para ser completado por el proveedor</b>						
	Para servicios relacionados con hospitalización o cuidado a largo plazo, por favor proporcione lo siguiente: Fecha de admisión: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____						
	Desde fecha de servicio DD/MM/AAAA	Hasta fecha de servicio DD/MM/AAAA	HCPCS/CPT/ADA Código incluyendo Modificador	Descripción del servicio/suministro	Código de diagnóstico	Cargos	Días o unidades
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
	Monto total facturado/cobrado:					\$	
	Monto pagado por miembro:					\$	
Nombre del proveedor de servicio:			Identificación fiscal:		Identificación nacional del proveedor de facturación:		
Dirección (lugar donde se prestaron los servicios):			Ciudad, estado, y código postal:		Lugar del servicio: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre del proveedor de referencia/representación:			Identificación nacional del proveedor (NPI) de referencia/representación:				
Certifico que presté o supervisé la prestación de estos servicios. Firma del proveedor de servicio: _____ Fecha: ____/____/____							

# Aviso federal obligatorio de asequibilidad y no discriminación



## La discriminación está prohibida por ley

Wellmark cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Wellmark no excluye a las personas ni las trata diferente según su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad o sexo.

## Wellmark proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de forma eficaz, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos).
- Servicios idiomáticos gratuitos para personas cuyo idioma principal es distinto al inglés.
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al 800-524-9242.

Si considera que Wellmark no ha proporcionado estos servicios de forma correcta o ha discriminado de otra forma por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo puede presentar una queja formal ante el coordinador de Derechos Civiles de Wellmark: Wellmark Civil Rights Coordinator, 1331 Grand Avenue, Station 5W189, Des Moines, IA 50309-2901, 515-376-4500, TTY 888-781-4262, fax 515-376-9073, correo electrónico [CRC@Wellmark.com](mailto:CRC@Wellmark.com). Puede presentar una queja formal en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles de Wellmark está disponible para ayudarlo. Además, puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal) disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo, teléfono o fax a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue S.W., Room 509F, HHH Building, Washington DC 20201, 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

注意：如果您说普通话，我们可免费为您提供语言协助服务。请拨打 800-524-9242 或（听障专线：888-781-4262）。

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho quý vị. Xin hãy liên hệ 800-524-9242 hoặc (TTY: 888-781-4262).

NAPOMENA: Ako govorite hrvatski, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte 800-524-9242 ili (tekstualni telefon za osobe oštećena sluha: 888-781-4262).

ACHTUNG: Wenn Sie deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose sprachliche Assistenzdienste zur Verfügung. Rufnummer: 800-524-9242 oder (TTY: 888-781-4262).

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإننا نوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 800-524-9242 أو (خدمة الهاتف النصي: 888-781-4262).

ສິ່ງຄວນເອົາໃຈໃສ່, ພາສາລາວ ຖ້າທ່ານເວົ້າ: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ທີ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື 800-524-9242 ຕິດຕໍ່ທີ. (TTY: 888-781-4262.)

주의: 한국어 를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 800-524-9242번 또는 (TTY: 888-781-4262)번으로 연락해 주십시오.

ध्यान रखें: अगर आपकी भाषा हिन्दी है, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 800-524-9242 पर संपर्क करें या (TTY: 888-781-4262)।

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'assistance dans votre langue sont à votre disposition gratuitement. Appelez le 800 524 9242 (ou la ligne ATS au 888 781 4262).

Geb Acht: Wann du Deutsch schwetze duscht, kannscht du Hilf in dei eegni Schprooch koschdefrei griege. Ruf 800-524-9242 odder (TTY: 888-781-4262) uff.

โปรดทราบ: หากคุณพูด ไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาสำหรับคุณโดยไม่คิด ค่าใช้จ่าย ติดต่อ 800-524-9242 หรือ (TTY: 888-781-4262)

PAG-UKULAN NG PANSIN: Kung Tagalog ang wikang ginagamit mo, may makukuha kang mga serbisyong tulong sa wika na walang bayad. Makipag-ugnayan sa 800-524-9242 o (TTY: 888-781-4262).

တင်ဆက်ပေးခြင်း-နမူနာတစ်ကဏ္ဍတို့ကို, ကျိတ်တစ်မဟုတ်တစ်မဟုတ်, လာဘ်ဘက်လက်ဘက်လဲ, ဆီဒ်လားဂီလီ, ဆဲးကျိးဆူ ၈၀၀-၅၂၄-၉၂၄, ၂၅၅၀၀၅၆ (TTY: ၈၈၈-၇၈၁-၄၂၆) တက်ဖုန်း.

ВНИМАНИЕ! Если ваш родной язык русский, вам могут быть предоставлены бесплатные переводческие услуги. Обращайтесь 800-524-9242 (телетайп: 888-781-4262).

सावधान: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि नि:शुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध गराइन्छ। 800-524-9242 वा (TTY: 888-781-4262) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

ማሳሰቢያ: አማርኛ የሚናገሩ ስዎን፣ የቋንቋ አገዛ አገልግሎቶች፣ ከከፍተኛ የገንዘብ፡፡ በ 800-524-9242 ወይም (በTTY: 888-781-4262) ደውለው ያነጋግሩ፡፡

HEETINA To a wolwa Fulfulde laabi walliinde dow wolde, naa e njobdi, ene ngoodi ngam maada. Hebir 800-524-9242 malla (TTY: 888-781-4262).

FUULEFFANNA: Yo isin Oromiffaa, kan dubbattan taatan, tajaajiloonni gargaarsa afaanii, kaffaltii malee, isiniif ni jiru. 800-524-9242 yookin (TTY: 888-781-4262) quunnaama.

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, для вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Зателефонуйте за номером 800-524-9242 або (телетайп: 888-781-4262).

Ge': Diné k'ehjí yáníti'go níká bizaad bee áká'á adoowoł, t'áá jiik'é, náhóló. Kojí' hólne' 800-524-9242 doodaii' (TTY: 888-781-4262)