



Envíelo a Blue Cross and Blue Shield of Montana, P.O. Box 7070, Downers Grove, IL, 60515, Attn: Claims Department; envíelo por fax al (855) 645-8242, o envíelo por correo electrónico a groupsupplementalClaimsMT@BCBSMT.com.

<b>SECCIÓN PARA EMPLEADOS</b>	Nombre del empleador/grupo:	Número de grupo:	Contacto del grupo:
Nombre del empleado:		Fecha de nacimiento:	
N.º del Seguro Social:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Dirección postal:	
Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono preferencial:	
<b>SECCIÓN PARA DERECHOHABIENTES</b>	<b>COMPLETAR ESTA SECCIÓN SI LA RECLAMACIÓN ES PARA UN DERECHOHABIENTE</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo		
Nombre del derechohabiente:	N.º del Seguro Social:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono preferencial del derechohabiente:		
<b>SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES</b>			
Enumere los problemas médicos por los que presenta la reclamación de un beneficio (consulte las condiciones a continuación)		Fecha en la que aparecieron los síntomas por primera vez:	
¿Ha tenido alguna vez el asegurado el mismo problema médico o uno similar en el pasado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fechas de tratamientos anteriores: _____			
En caso afirmativo, brinde los nombres, direcciones y números de teléfono y fax de los médicos que trataron anteriormente al paciente: _____ _____			
Indique el nombre del hospital y las fechas de hospitalización, si corresponde:			
Nombre del hospital: _____ Fecha de ingreso al hospital: _____ Fecha de alta: _____			
Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico que trata al asegurado por este problema médico en la actualidad: _____			
<b>MARQUE EL PROBLEMA MÉDICO POR EL QUE RECLAMA UN BENEFICIO. Es posible que no todos los servicios médicos ni beneficios estén disponibles en su cobertura. Consulte su certificado de cobertura.</b>			
<b>IMPORTANTE: LE ROGAMOS QUE ADJUNTE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS PERTINENTES, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LAS NOTAS DE PROGRESO, LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS, LOS RESÚMENES DE INGRESO/ALTA Y EL INFORME OPERATIVO.</b>			
<b>PROBLEMAS MÉDICOS</b>			
<input type="checkbox"/> Tumor cerebral benigno <input type="checkbox"/> Carcinoma <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> Coma causado por lesiones traumáticas graves al cerebro <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Cáncer invasivo <input type="checkbox"/> Pérdida de extremidad		<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión, el habla o la audición <input type="checkbox"/> Quemaduras importantes <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca mayor <input type="checkbox"/> Fallo de órganos principales <input type="checkbox"/> Contagio de VIH en el trabajo <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Infección grave de COVID-19 <input type="checkbox"/> Cáncer de piel <input type="checkbox"/> Derrame cerebral	
		<b>Problemas médicos neurológicos:</b> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer avanzada <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple avanzada <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson avanzada <input type="checkbox"/> Esclerosis lateral amiotrófica (ALS, en inglés)	
		<b>Problemas médicos de la infancia:</b> <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Espina bífida	
<b>Certifico que he leído este documento y que la información es precisa y completa. 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.</b>			
Firma del empleado _____ Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____			



Envíelo a Blue Cross and Blue Shield of Montana, P.O. Box 7070, Downers Grove, IL, 60515, Attn: Claims Department; envíelo por fax al (855) 645-8242, o envíelo por correo electrónico a groupsupplementalClaimsMT@BCBSMT.com.

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

Autorizo a todo 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:

Form fields for Apellido, Nombre, Segundo nombre, and Fecha de nacimiento

Información del paciente que se divulgará:

- List of items to be disclosed: clinical history, treatment, medications, consultations, autopsies, etc.

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

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



Envíelo a Blue Cross and Blue Shield of Montana, P.O. Box 7070, Downers Grove, IL, 60515, Attn: Claims Department; envíelo por fax al (855) 645-8242, o envíelo por correo electrónico a groupsupplementalClaimsMT@BCBSMT.com.

**SEASONS OF LIFE**

Si tiene cobertura médica con Blue Cross and Blue Shield of Montana (BCBSMT) a través de su empresa, es elegible para recibir servicios especiales a través del programa Seasons of Life. El personal de Seasons of Life ofrece apoyo personalizado y asistencia con las reclamaciones médicas de BCBSMT.

La participación en el programa Seasons of Life es voluntaria y no afecta a sus beneficios médicos vigentes de BCBSMT para enfermedades críticas.

Si usted tiene cobertura médica de BCBSMT a través de su empleador y le gustaría que un miembro del personal de Seasons of Life se comunique con usted, ofrezca la información solicitada. Con su firma a continuación, usted autoriza a BCBSMT a divulgar su información de contacto al personal de Seasons of Life de BCBSMT.

Número médico de grupo de BCBSMT \_\_\_\_\_ Identificación médica del asegurado de BCBSMT \_\_\_\_\_

Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_



**Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:**

**PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:**

**Alabama:** Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

**California:** Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

**Distrito de Columbia: ADVERTENCIA:** Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

**Hawái:** Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

**Kentucky:** Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

**Maryland:** Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**Nuevo México:** Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

**Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

**Oklahoma:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

**Pensilvania:** Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

**Puerto Rico:** Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares (\$5,000), pero de no más de diez mil dólares (\$10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Rhode Island:** Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**Tennessee:** Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.



Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

**PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS (continuado):**

**Washington:** Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

**West Virginia:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:**

**Alaska:** Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

**Arizona:** Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

**Arkansas:** Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**Delaware:** Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Idaho:** Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Indiana:** Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

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

**Nuevo Hampshire:** Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, NH RSA 638:20.

**Nuevo Jersey:** Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Texas:** Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

**PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:**

**Nuevo Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.