



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.

SECCIÓN PARA EMPLEADOS	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:	
SECCIÓN PARA DERECHOHABIENTES	COMPLETAR ESTA SECCIÓN SI LA RECLAMACIÓN ES PARA UN DERECHOHABIENTE <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:		
SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES			
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: _____			
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.			
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.			
PROBLEMAS MÉDICOS			
<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	
		Problemas médicos neurológicos: <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)	
		Problemas médicos de la infancia: <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	
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.			
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:

- 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 Montana
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 por enfermedad crítica. 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



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.