



P.O. Box 660058 • Dallas, TX 75266-0058

Por favor llene todos los campos de este formulario. Las instrucciones para llenarlo se encuentran al reverso.

Por favor escriba en letra de molde o a máquina.

Form sections 1 and 2: Personal information including name, address, city/state, zip, group number, patient name, gender, birth date, and relationship to insured.

Form section 3: Type of treatment received, including checkboxes for injury, illness, pregnancy, and preventive care, with associated dates.

Form section 4: Description of the condition, symptoms, or injury, or explanation of preventive or routine care received.

Form section 5: Whether the condition is work-related and the name and address of the employer.

Form section 6: Whether a motor vehicle was involved in the injury.

Form section 7: Whether the patient has other medical coverage, including company name, address, policy number, and dates of coverage.

Form section 8: Medicare program response, including checkboxes for rights to Medicare benefits and dates of entry into force.

Form section 9: Certification statement and signature area for the insured, including date and phone number.

Form section 10: Total amount of services and supplies covered, with a dollar sign symbol.

Form section 10: Requirement to attach bills for services and supplies covered, with instructions to read the reverse.



INSTRUCCIONES

Aviso importante: NO presente este formulario si su Proveedor de Servicios está presentando estos cargos a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico.

Por favor llene cada campo en el formulario de reclamo.

Table with 9 rows and 2 columns. Row 1: Nombre, dirección y situación de empleo del Asegurado/Inscrito. Row 2: Información del Paciente. Row 3: Tipo de tratamiento que recibió. Row 4: Diagnóstico o síntomas de la enfermedad o lesión. Row 5: En caso de enfermedad o lesión a causa del trabajo. Row 6: Si la lesión fue causada por un vehículo de motor. Row 7: Otro seguro. Row 8: Información del Programa Medicare. Row 9: Firma del Asegurado, fecha y n.º de teléfono para localizarle de día.

Factura desglosada de muestra — Por favor adjunte la(s) factura(s) original(es) al formulario de reclamo y guarde una copia para sus archivos. No hay devolución de facturas desglosadas.

Diagram showing a sample invoice with callouts. Callouts include: 'Nombre de la Persona u Organización que provee los servicios o suministros' pointing to 'Dayton Penridge, M.D. 101 Fourth Street Healthville, U.S.A.'; 'Nombre del Paciente que recibió los servicios o suministros' pointing to 'For Professional Services Rendered To: Virginia E. Warowes'; 'AVISO: Las facturas por Servicios Privados de Enfermería tienen que mostrar la situación profesional del enfermero...'; 'Fecha en que cada servicio o suministro se proveyó' pointing to dates; 'Descripción de los servicios o suministros provistos' pointing to service descriptions; 'Cargo por cada servicio o suministro' pointing to charges; 'Llene un formulario de reclamo por separado para cada tipo de tratamiento...'; 'Por favor tache los cargos incluidos en reclamos anteriores.'; 'PARA QUIENES NO TIENEN BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS: Las facturas por Medicamentos recetados tienen que mostrar el nombre de cada medicamento...'

Envíe este formulario lleno, junto con las facturas desglosadas a:

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
P.O. Box 660058
Dallas, TX 75266-0058