

SEND COMPLETED CLAIM FORM TO: UNITE HERE HEALTH, P.O. 6525, Aurora, IL 60598-6525

**FILING A CLAIM** – Please fill out this form completely

1. Network hospitals and doctors will always file claims directly with Blue Cross Blue Shield (BCBS). Most non-network providers will also file claims directly with BCBS. However, for those who don't, use this form.
2. Be sure to attach an itemized bill. The bill should show: physician's name, address and phone number; tax identification number; full name of patient; place of service; diagnosis; description of service received; date; and charge.
3. For retirees and their spouses: if you have Medicare, be sure to send all bills to Medicare FIRST. After you receive an Explanation of Benefits from Medicare, send a copy along with your medical bill and this completed claim form to us for processing.

**PARTICIPANT INFORMATION**

PARTICIPANT NAME (Last, First, Middle Initial)	SOCIAL SECURITY NUMBER ____/____/____	DATE OF BIRTH Month Day Year 
CURRENT ADDRESS	HOME PHONE (____) ____-____	
EMPLOYER NAME	WORK PHONE (____) ____-____	

**PATIENT INFORMATION** – A separate claim form must be completed for each family member

PATIENT'S FULL LEGAL NAME (Last, First, Middle Initial)	SEX <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	SOCIAL SECURITY NUMBER ____/____/____	DATE OF BIRTH Month Day Year 
PATIENT IS <input type="checkbox"/> Member <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Domestic Partner <input type="checkbox"/> Child			

**PAYEE**

<input type="checkbox"/> MAKE PAYMENT TO THE PROVIDER (hospital, doctor, etc.)	<input type="checkbox"/> MAKE PAYMENT TO MEMBER, the provider has been paid
--	---

**CLAIM INFORMATION**

IS CLAIM FOR AN ACCIDENTAL INJURY? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	IS THIS A WORKERS COMPENSATION CLAIM? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	DATE OF ACCIDENT
BRIEFLY DESCRIBE INJURY (how, when, and where accident or injury happened)		
COMPLETE BELOW IF <b>NON-ACCIDENTAL INJURY OR ILLNESS</b>		
DATE FIRST TREATED	BRIEFLY DESCRIBE THE CONDITION(S) FOR WHICH THE patient RECEIVED THESE SERVICES (You can usually copy the diagnosis or description of service from the provider bill.)	

**OTHER INSURANCE INFORMATION**

Are there any OTHER medical benefits available to you, your spouse, or your dependents from OTHER group insurance, including OTHER Blue Cross and Blue Shield policies, OTHER Employer, Labor or Professional Organizations, School, etc.?

Yes (provide additional information below)  No

POLICY HOLDER NAME	SOCIAL SECURITY NUMBER ____/____/____
POLICY HOLDER IS <input type="checkbox"/> Member <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Domestic Partner <input type="checkbox"/> Child	
INSURANCE CARRIER NAME	POLICY NUMBER
ADDRESS	EFFECTIVE DATE
	PHONE NUMBER (____) ____-____

**Certification and Authorization**

I certify that the above information is correct and that the bills attached were incurred by the patient listed above.

Sign Here \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature of Participant

ENVIAR FORMULARIO COMPLETO A: UNITE HERE HEALTH, P.O. 6525 AURORA, IL 60598-6525

**PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO** *llene este formulario completamente*

- Hospitales y médicos de la red siempre presentarán los reclamos directamente al Blue Cross Blue Shield (BCBS). Mayoría de los proveedores fuera de la red también presentarán los reclamos directamente al BCBS. Sin embargo, para aquellos que no lo hacen, use este formulario.
- Adjunte una factura detallada. La factura debe indicar: nombre, dirección y número telefónico del médico, número de contribuyente, nombre completo del paciente, lugar de atención, diagnóstico, descripción de servicios recibidos, fecha y costo.
- Para los retirados y sus cónyuges:* si usted tiene Medicare, envíe todas las facturas a Medicare PRIMERO. Después de recibir una Explicación de Beneficios de Medicare, envíenos una copia junto con sus facturas médicas y este formulario completo para procesarlo.

**DATOS DEL PARTICIPANTE**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	N.º DE SEGURO SOCIAL ____/____/____	FECHA NAC. Mes Día Año 
DOMICILIO ACTUAL	N.º TELÉFONO DEL HOGAR (____) ____ - ____	
NOMBRE DEL EMPLEADOR	N.º TELÉFONO DEL TRABAJO (____) ____ - ____	

**DATOS DEL PACIENTE** – Se debe completar un formulario de reclamo por cada miembro de la familia

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	N.º DE SEGURO SOCIAL ____/____/____	FECHA NAC. Mes Día Año 
EL PACIENTE ES <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo			

**PAGADOR**

<input type="checkbox"/> EFECTUAR PAGO AL PROVEEDOR (hospital, médico, etc.)	<input type="checkbox"/> EFECTUAR PAGO AL MIEMBRO, el proveedor ha recibido el pago
--	---

**DATOS DEL RECLAMO**

¿ES POR LESIÓN ACCIDENTAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿ES INDEMNIZACIÓN DEL TRABAJADOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DEL ACCIDENTE
BREVE DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente o lesión)		
<i>COMPLETAR MÁS ABAJO SI SE TRATA DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD <b>NO-ACCIDENTAL</b></i>		
FECHA DEL PRIMER TRATAMIENTO	DESCRIBIR BREVEMENTE EL/LOS MOTIVOS POR LOS QUE EL PACIENTE RECIBIÓ ESTOS SERVICIOS (Puede copiar el diagnóstico o descripción del servicio de la factura del proveedor.)	

**OTROS DATOS DEL SEGURO**

Tiene OTROS beneficios médicos disponibles para usted, su cónyuge o sus dependientes de OTROS grupos aseguradores, incluyendo OTRAS pólizas de Blue Cross and Blue Shield, OTRAS organizaciones patronales, laborales o profesionales, escuelas, etc.?

Sí (incluir datos adicionales más abajo)     No

NOMBRE DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA	N.º de SEGURO SOCIAL ____/____/____	
EL TENEDOR DE LA PÓLIZA ES <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo		
NOMBRE DE LA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE VIGENCIA
DIRECCIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO (____) ____ - ____	

**Certificación y autorización:** Certifico que la información que antecede es correcta y que los gastos correspondientes a las facturas adjuntas fueron incurridos por el paciente que se menciona anteriormente.

Firmar aquí \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del participante