





INSTRUCCIONES

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

Por favor llene cada campo en el formulario de reclamo.

Table with 9 rows and 2 columns. Row 1: Name and address of insured. Row 2: Patient information. Row 3: Type of treatment. Row 4: Diagnosis or symptoms. Row 5: Work-related injury. Row 6: Motor vehicle injury. Row 7: Other insurance. Row 8: Medicare information. Row 9: Signature and date.

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 provider address; 'Nombre del Paciente que recibió los servicios o suministros' pointing to patient name; 'AVISO: Las facturas por Servicios Privados de Enfermería...' pointing to the invoice table; '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...' pointing to the top right; 'Por favor tache los cargos...' pointing to the bottom right; 'PARA QUIENES NO TIENEN BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS...' pointing to the bottom right.

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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois
P.O. Box 805107
Chicago, Illinois 60680-4112