

3 CLAIMFORMULIER VOOR ZORGVERZEKERING

Stuur het ingevulde claimformulier naar:
Blue Cross en Blue Shield of Illinois
postbus 805107
CHICAGO, IL 60680-4112

MEDEDELING AAN ALLE PARTIJEN DIE DIT FORMULIER INVULLEN: Het is frauduleus om dit formulier in te vullen met informatie waarvan u weet dat deze vals is of om belangrijke feiten weg te laten. Dergelijke daden kunnen strafrechtelijke en/of civielrechtelijke sancties tot gevolg hebben.

AUB AFDRUKKEN OF DUIDELIJK TYPEN

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ID NUMMER --Kopieer dit van uw Blue Cross- en Blue Shield-identificatiekaart. | |
| GROEPNUMMER: | IDENTIFICATIE NUMMER: |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|
| GEDULDIGINFORMATIE -- Voor elk gezinslid moet een afzonderlijk claimformulier worden ingevuld. VOLLEDIGE | | | |
| WETTELIJKE NAAM VAN DE PATIËNT (Laatste, Eerste, Middelste initiaal) | SEKS: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk | SOCIALEZEKERHEIDSNUMMER (optioneel): ____/____/____ | GEBOORTEDATUM Maand dag Jaar |
| PATIËNT IS: <input type="checkbox"/> Lid <input type="checkbox"/> Echtgenoot <input type="checkbox"/> Kind ANDERE, leg de relatie uit: | | | |
| ALS DE CLAIM VOOR KIND VAN 19 OF OUDER IS -- IS KIND: Een voltijdstudent? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Gehandicapt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | | | |

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Begunstigde: |
| <input type="checkbox"/> BETALEN AAN DE AANBIEDER (ziekenhuis, dokter enz.), OF ____ |
| <input type="checkbox"/> BETALEN AAN LID, de aanbieder is betaald |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| LIDINFORMATIE | |
| NAAM VAN HET LID (VERZEKERINGHOUDER): (Zoals vermeld op uw Blue Cross- en Blue Shield-identiteitskaart) | SOCIALEZEKERHEIDSNUMMER (optioneel): ____/____/____ |
| GEBOORTEDATUM Maand dag jaar | |
| HUIDIGE ADRES: | THUISTELEFOON: (____) ____-____ |
| ALS DE DEKKING VIA UW WERKGEVER VIA UW WERKGEVER, VERSTREK DAN | WERKTELEFOON: (____) ____-____ |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| CLAIMINFORMATIE | | |
| IS EEN CLAIM VOOR ACCIDENTEEL LETSEL? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> | IS DIT EEN CLAIM VOOR WERKNEMERSCOMPENSATIE? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> | DATUM VAN HET ONGEVAL: |
| BESCHRIJV KORT LETSEL: | | |
| VUL HIERONDER IN INDIEN NIET-ACCIDENTEEL LETSEL OF ZIEKTE | | |
| DATUM EERST BEHANDELD: | BESCHRIJV KORT DE OMSTANDIGHEID(EN) WAARVOOR DE PATIËNT DEZE DIENSTEN ONTVANGT: (U kunt doorgaans de diagnose of beschrijving van de dienst kopiëren van de factuur van de zorgverlener.) | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| ANDERE VERZEKERINGINFORMATIE | |
| Zijn er ANDERE medische voordelen beschikbaar voor u, uw echtgeno(o)t(e) of uw gezinsleden van ANDERE Groepsverzekeringen, waaronder ANDERE Blue Cross- en Blue Shield-polissen, ANDERE werkgevers, arbeids- of professionele organisaties, scholen, enz.? <input type="checkbox"/> Ja (geef hieronder aan) <input type="checkbox"/> Nee | |
| NAAM POLISHOUDER: | SOCIALEZEKERHEIDSNUMMER (optioneel): ____/____/____ |
| POLISHOUDER IS: <input type="checkbox"/> Lid <input type="checkbox"/> Echtgenoot <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> ANDERE, leg de relatie uit: | |
| NAAM VERZEKERINGSVERVOERDER: | POLISNUMMER: |
| INGANGSDATUM: | |
| ADRES: | TELEFOONNUMMER: (____) ____-____ |

VRIJGEVEN VAN INFORMATIE: Ik verklaar dat de bovenstaande informatie juist is en dat de bijgevoegde rekeningen zijn gemaakt door de hierboven genoemde patiënt. Ik begrijp dat het gebruik of de openbaarmaking door Blue Cross en Blue Shield van individueel identificeerbare gezondheidsinformatie, ongeacht of deze door mij wordt verstrekt of verkregen uit andere bronnen, zoals medische zorgverleners, in overeenstemming zal zijn met de federale privacyregelgeving onder HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996).

Teken
 Hier _____
 Handtekening van lid

Datum _____

Claims indienen...

kan zo eenvoudig zijn als 1-2-3

1 De meeste ziekenhuizen en artsen zullen rechtstreeks bij ons een claim indienen.

Toon uw Blauwe Kruis- en Blue Shield-identiteitskaart aan het ziekenhuis of de arts. De meeste providers zullen voor u een aanvraag indienen.

Als u een claim indient, vult u dan de achterzijde van dit formulier in. Help ons onnodige vertragingen te voorkomen door alle vragen volledig te beantwoorden.

2 Help ons uw claims snel te verwerken...Dring aan op gespecificeerde rekeningen.

Wij willen uw declaraties snel afhandelen, maar dat kan niet zonder goed gespecificeerde nota's.

DIT IS WAT WIJ U AANRADEN TE DOEN:

1. Toon de volgende instructies aan de personen die uw zorg verlenen en vraag hen om rekeningen die aan deze instructies voldoen.
2. Voeg **ORIGINELE REKENINGEN** toe aan dit claimformulier. Wij raden u aan om van elke factuur een kopie te maken voor uw persoonlijke administratie. De originele facturen worden niet geretourneerd.

Is Medicare uw primaire zorgverzekeraar?

Zo JA, zorg er dan voor dat u alle rekeningen **EERST** naar Medicare stuurt. (diensten die niet onder Medicare vallen, kunnen rechtstreeks naar BlueCross en BlueShield FIRST worden gestuurd). Nadat u van Medicare een formulier 'TOELICHTING VAN DE VERGOEDINGEN' heeft ontvangen waaruit blijkt wat er is betaald, stuurt u een kopie van deze kennisgeving samen met uw medische rekeningen en het ingevulde claimformulier voor de ziektekostenverzekering naar ons ter verwerking.

Op gespecificeerde rekeningen voor medische behandeling of chirurgie moet het volgende staan:

- Naam, adres en telefoonnummer van de arts.
- Fiscaal identificatienummer van de arts.
- Volledige naam van de patiënt, niet alleen de naam van de persoon aan wie de factuur is gericht.
- Plaats waar de dienst werd ontvangen (ziekenhuis, kantoor of kliniek).
- Diagnose van ziekte of letsel. Als er sprake is van een blessure, vermeld dan de datum waarop deze is gebeurd.
- Beschrijving van de ontvangen dienst.
- Datum van elke behandeling of chirurgische ingreep.
- Kosten voor elke behandeling of chirurgische ingreep.

Factuur voor de volgende services moet worden weergegeven:
AMBULANCEDIENST (controleer uw polis om er zeker van te zijn dat u verzekerd bent voor ambulancedienst):

- Datum(s) waarop de service werd gebruikt.
- Basistarief en kilometerstand.
- Plaats waar patiënt werd opgehaald en naartoe gereden.

Bij overplaatsing van de ene naar de andere locatie moet een brief van de behandelend arts met de reden van de overplaatsing bij de nota worden gevoegd.

Verhuur van duurzame medische apparatuur:

Bij de nota moet een verklaring van de behandelend arts worden gevoegd waarin staat waarom de apparatuur nodig was. Geef ook een inschatting van de gebruiksduur van de apparatuur en de aanschafprijs van de apparatuur.

Bij langdurig gebruik dient u er rekening mee te houden dat de **HUUR SLECHTS BETAALD WORDT TOT DE AANKOOPPRIJS VAN DE APPARATUUR**.

Privéverpleging:

- Uit rekeningen moet blijken of de verpleegkundige een gediplomeerde verpleegkundige of een gediplomeerde praktijkverpleegkundige is.
- Vergunning voor verpleegkundigen of registratienummer.
- Datum(s) van dienst.
- Type zorg.
- Kosten per uur of dienst.

Een brief van de arts waarin staat waarom verpleegkundige zorg nodig was, evenals de voortgangsnottities van de verpleegkundige, moeten bij de verpleegkundigenrekening worden gevoegd.



**BlueCross BlueShield
of Illinois**