

# 3

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN  
**Kirim Formulir Klaim yang sudah diisi ke:**  
**Blue Cross dan Blue Shield of Illinois PO**  
**Box 805107**  
**CHICAGO, IL 60680-4112**

HARAP CETAK ATAU KETIK DENGAN JELAS

PEMBERITAHUAN KEPADA SEMUA PIHAK YANG MENGISI FORMULIR INI: Mengisi formulir ini dengan informasi yang Anda tahu palsu atau menghilangkan fakta-fakta penting adalah tindakan yang curang. Sanksi pidana dan/atau perdata dapat timbul dari tindakan tersebut.

NOMOR ID --Salin ini dari Kartu Identifikasi Blue Cross dan Blue Shield Anda.	
NOMOR GRUP:	NOMOR IDENTIFIKASI:

SABARINFORMASI -- Formulir klaim terpisah harus diisi untuk setiap anggota keluarga. NAMA			
HUKUM LENGKAP PASIEN (Terakhir, Depan, Inisial Tengah)	SEKS: <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Perempuan	NOMOR JAMINAN SOSIAL (opsional): ____/____/____	TANGGAL LAHIR Bulan hari Tahun
PASIEN ADALAH: <input type="checkbox"/> Anggota <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Anak LAINNYA, tolong jelaskan hubungannya:			
JIKA KLAIM UNTUK ANAK BERUSIA 19 Tahun KE ATAS--ADALAH ANAK: Seorang siswa penuh waktu? ya Tidak Cacat? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> TIDAK			

PENERIMA PEMBAYARAN:
<input type="checkbox"/> MELAKUKAN PEMBAYARAN KEPENBERI(rumah sakit, dokter, dll.), ATAU ____
<input type="checkbox"/> LAKUKAN PEMBAYARAN KEANGGOTA, penyedia telah dibayar

ANGGOTAINFORMASI	
NAMA ANGGOTA (PEMEGANG POLITIK): (Seperti yang tertera pada ID Card Blue Cross dan Blue Shield Anda)	NOMOR JAMINAN SOSIAL (opsional): ____/____/____
ALAMAT SAAT INI:	TANGGAL LAHIR Bulan hari Tahun
JIKA CAKUPAN MELALUI KARYAWAN ANDA, BERIKAN NAMA GRUP (PEKERJA):	TELEPON RUMAH: (____)____-____
	TELEPON KANTOR: (____)____-____

MENGEKLAIMINFORMASI		
APAKAH KLAIM CEDERA YANG TIDAK SENGAJA? <input type="checkbox"/> ya Tidak	APAKAH INI KLAIM KOMPENSASI PEKERJA? <input type="checkbox"/> ya Tidak	TANGGAL KECELAKAAN:
JELASKAN SECARA SINGKAT CEDERA:		
LENGKAPKAN DI BAWAH JIKA TIDAK SENGAJA CEDERA ATAU SAKIT TANGGAL		
PERTAMA DIPERLAKUKAN:	JELASKAN SECARA SINGKAT KONDISI PASIEN MENERIMA LAYANAN INI: (Biasanya Anda dapat menyalin diagnosis atau deskripsi layanan dari tagihan penyedia.)	

ASURANSI LAINNYAINFORMASI	
Apakah ada tunjangan kesehatan LAIN yang tersedia untuk Anda, pasangan Anda, atau tanggungan Anda dari Asuransi Grup LAINNYA, termasuk polis Blue Cross dan Blue Shield LAINNYA, Perusahaan LAINNYA, Organisasi Perburuhan atau Profesi LAINNYA, Sekolah, dll.? <input type="checkbox"/> Ya (berikan di bawah) <input type="checkbox"/> TIDAK	
NAMA PEMEGANG POLIS :	NOMOR JAMINAN SOSIAL (opsional): ____ ____/____/____
PEMEGANG KEBYAKAAN ADALAH: <input type="checkbox"/> Anggota <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> LAINNYA, tolong jelaskan hubungannya:	
NAMA PEMBAWA ASURANSI:	NOMOR POLISI: TANGGAL BERLAKU:
ALAMAT:	NOMOR TELEPON: (____)____-____

**KETERBUKAAN INFORMASI:** Saya menyatakan bahwa informasi di atas adalah benar dan bahwa tagihan terlampir ditanggung oleh pasien yang tercantum di atas. Saya memahami bahwa penggunaan atau pengungkapan informasi kesehatan yang dapat diidentifikasi secara individu oleh Blue Cross dan Blue Shield, baik yang saya berikan atau diperoleh dari sumber lain seperti penyedia layanan kesehatan, harus sesuai dengan peraturan privasi federal berdasarkan HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996).

Tanda  
Di Sini \_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Anggota

Tanggal \_\_\_\_\_

# Mengajukan Klaim... bisa semudah 1-2-3

## 1 Kebanyakan Rumah Sakit dan Dokter akan mengajukan klaim langsung kepada kami.

Harap tunjukkan kartu identitas Blue Cross dan Blue Shield Anda kepada rumah sakit atau dokter. Sebagian besar penyedia akan mengajukan untuk Anda.

Jika Anda mengajukan klaim, silakan isi bagian belakang formulir ini. Bantu kami menghindari penundaan yang tidak perlu dengan menjawab semua pertanyaan secara lengkap.

## 2 Bantu kami memproses klaim Anda dengan cepat...Mintalah tagihan yang terperinci.

Kami ingin memproses klaim Anda dengan cepat, namun kami tidak dapat melakukannya tanpa tagihan yang dirinci dengan benar.

INILAH APA YANG KAMI MINTA UNTUK ANDA LAKUKAN:

1. Tunjukkan instruksi berikut kepada orang yang menyediakan layanan kesehatan Anda dan tanyakan kepada mereka tagihan yang mengikuti instruksi ini.
2. Lampirkan TAGIHAN ASLI pada formulir klaim ini. Kami menyarankan Anda membuat salinan setiap tagihan untuk catatan pribadi Anda. Tagihan asli tidak akan dikembalikan.

### Apakah Medicare Pembayar Asuransi Kesehatan Utama Anda?

Jika YA, pastikan untuk mengirimkan semua tagihan ke Medicare TERLEBIH DAHULU. (layanan yang tidak dicakup oleh Medicare dapat dikirim langsung ke BlueCross dan BlueShield FIRST). Setelah Anda menerima formulir "PENJELASAN MANFAAT" dari Medicare yang menunjukkan jumlah yang telah dibayarkan, kirimkan salinan pemberitahuan ini beserta tagihan medis Anda dan formulir klaim Asuransi Kesehatan yang telah diisi lengkap kepada kami untuk diproses.

### Tagihan Terperinci untuk Perawatan Medis atau Pembedahan Harus Menunjukkan:

- Nama dokter, alamat dan nomor telepon.
- Nomor Pokok Wajib Pajak Dokter.
- Nama lengkap pasien, bukan hanya nama orang yang dituju tagihannya.
- Tempat dimana layanan diterima (rumah sakit, kantor atau klinik).
- Diagnosis penyakit atau cedera. Jika terjadi cedera, sebutkan tanggal kejadiannya.
- Deskripsi layanan yang diterima.
- Tanggal setiap perawatan atau prosedur pembedahan.
- Biaya untuk setiap perawatan atau prosedur pembedahan.

### Tagihan untuk Layanan Berikut Harus Ditampilkan:

LAYANAN AMBULANCE (Periksa polis Anda untuk memastikan Anda dilindungi untuk layanan ambulans):

- Tanggal kapan layanan digunakan.
- Tarif dasar dan jarak tempuh.
- Tempat di mana pasien dijemput dan diantar.

Jika dipindahkan dari satu tempat ke tempat lain, surat dari dokter yang merawat yang menjelaskan alasan pemindahan harus dilampirkan pada tagihan.

### Penyewaan Peralatan Medis Tahan Lama:

Pernyataan dari dokter yang merawat yang menyatakan mengapa peralatan itu diperlukan harus dilampirkan pada tagihan. Berikan juga perkiraan berapa lama peralatan tersebut akan digunakan dan harga beli peralatan tersebut.

Apabila untuk penggunaan jangka panjang harap diingat SEWA HANYA DIBAYARKAN SEBESAR HARGA PEMBELIAN PERALATAN.

### Keperawatan Tugas Pribadi:

- Tagihan harus menunjukkan apakah perawat tersebut adalah perawat terdaftar atau perawat praktik berlisensi.
- Surat izin perawat atau nomor registrasi.
- Tanggal layanan.
- Jenis perawatan yang diberikan.
- Biaya untuk setiap jam atau shift.

Surat dari dokter yang menyatakan mengapa asuhan keperawatan diperlukan, serta catatan kemajuan perawat, harus dilampirkan pada tagihan perawat.



**BlueCross BlueShield  
of Illinois**