



Beneficios de BMI, LLC.

Apartado Postal 511

Matawan, Nueva Jersey 07747

Teléfono: 800.445.3126

Teléfono: 732.583.9610

Correo electrónico: BMI@bobmccloskey.com

www.bobmccloskey.com



Seguro de accidentes para estudiantes

Lista de verificación para la presentación de reclamos

TENGA EN CUENTA QUE ESTA PÓLIZA ES SECUNDARIA AL SEGURO MÉDICO/DENTAL DE LOS PADRES/TUTORES.
EXISTEN REQUISITOS Y DOCUMENTOS ESPECÍFICOS NECESARIOS PARA QUE SE PROCESE Y PAGUE UN RECLAMO BAJO ESTA PÓLIZA. POR FAVOR, REVISE EL
PAQUETE DE RECLAMOS EN SU TOTALIDAD.

Escuela – Complete la Parte 1A del Formulario de reclamo por accidente o lesión de beneficios de BMI.

Padre/Tutor: Complete la Parte 1B y las secciones de Información del Padre/Tutor del Formulario de Reclamo por Accidente

i. Si el estudiante/solicitante NO tiene cobertura médica/dental, indíquelo en la Parte 1B del Reclamo.

Formulario y complete la Declaración de No Hay Otro Documento de Seguro que se incluye en este Paquete. SOLO Declaración completa de no tener otro seguro si no tiene otro seguro.

ii. Notifique a todos los proveedores de atención médica que tiene cobertura secundaria para el accidente/lesión. Debe proporcionarles una copia del formulario de reclamación por accidente e instruir al El proveedor facturará directamente a BMI Benefits después de que el seguro primario haya procesado el reclamo. su responsabilidad es presentar el formulario de reclamo por accidente directamente ante BMI Benefits.

Envíe el formulario de reclamación por accidente completo y firmado a BMI Benefits, LLC. Conserve una copia para sus registros.

Beneficios de BMI, LLC.

Apartado Postal 511

Matawan, Nueva Jersey 07747

Teléfono: 732.583.9610

Correo electrónico: BMI@bobmccloskey.com

Consulte la página de Instrucciones para la presentación de reclamos para obtener información adicional. Deberá enviar reclamos/facturas médicas a BMI para su pago. Le recomendamos NO pagar ninguna factura por adelantado, sino permitir que BMI procese el reclamo/factura médica y le pagaremos directamente al proveedor médico. BMI NO podrá procesar y pagar reclamos en función de los estados de cuenta de saldos adeudados. El seguro requiere que se envíen facturas detalladas y la Explicación de beneficios (EOB) del seguro principal, si corresponde, para que se procese y pague cualquier reclamo cubierto. Le recomendamos que se comunique con el proveedores médicos y proporcionar la información del IMC como seguro secundario para que el proveedor pueda facturar el IMC directamente con los documentos de seguro requeridos. Si pagó una factura de su bolsillo, necesitaremos el recibo o estado de cuenta que muestre el pago, junto con la factura detallada y los EOB principales. Consulte los materiales adjuntos para obtener información adicional.

Documentos adjuntos

Carta del proveedor con tarjeta de información del seguro

Declaración de no tener otro seguro

Instrucciones de reclamación

Preguntas frecuentes sobre reclamaciones (FAQ)

Muestras de facturas detalladas



BMI Benefits, LLC.
P.O. Box 511
Matawan, NJ 07747
Teléfono: 800.445.3126
Fax: 732.583.9610
www.bobmccloskey.com

Formulario De Reclamo De Accidente Estudiantil

Porfavor de completar este formulario en su totalidad y presente los beneficios de BMI dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente. Por favor, guarde una copia para sus archivos. Comuníquese con los proveedores médicos donde se recibió el tratamiento, envíe la información de facturación de BMI como su seguro secundario y solicite que BMI se facture directamente. También puede obtener de los proveedores médicos **todas las facturas detalladas y la explicación de beneficios del seguro primario (EOB)**. Las facturas detalladas se consideran Formularios **HCFA CMS 1500** (consultorio médico) o Formularios **UB-04** (hospitales), **sin saldos vencidos**. Por favor consulte el documento de instrucciones de reclamaciones adjunto para obtener información adicional.

PARTE 1A: TITULAR DE LA PÓLIZA				
Escuela/Organización/Nombre del titular de la póliza		Ubicación/Nombre De La Escuela Individual		Póliza #
Dirección Postal De La Escuela/Organización/Titular De La Póliza (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				
El Nombre Del Estudiante			Fecha De Nacimiento	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Fecha De Accidente	Tiempo/Hora	Nombre De La Actividad o Tipo De Deporte	Parte Del Cuerpo Lesionada	<input type="checkbox"/> Izquierda o <input type="checkbox"/> Parte Derecha Del Cuerpo
En el momento del accidente, Estuvo el alumno involucrado en una actividad patrocinada y supervisada por el titular de la póliza?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En el momento del accidente, viajaba el estudiante hacia o desde una actividad escolar programada regularmente?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cómo ocurrió la lesión?				
Nombre Del Funcionario Escolar:			Fue él/ella un testigo del accidente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Firma del supervisor/Oficial		Título	Fecha	
NOTA: La parte 1A debe estar firmada por un funcionario del titular de la póliza o la reclamación no puede ser procesada				
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
Número De Seguro Social Del Estudiante (SSN debe ser provisto según lo requiera el Centro de Servicios de Medicare)				
Dirección De La Casa De El Estudiante (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				
El Está Estudiante cubierto por cualquier otra póliza de seguro, ya sea como dependiente, o bajo un grupo, individuo, automóvil, médico o pasivo?				
Política? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, nombre de la Póliza de Seguros: _____ Número De Póliza: _____				
El seguro anterior es un Plan de Medicaid o un Seguro Militar como Tricare? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES				
Nombre De Madre/Tutor/Guardian			Nombre De Padre/Tutor/Guardian	
Teléfono	Correo Electrónico		Teléfono	Correo Electrónico
El Padre/Tutor/Guardian Está Empleado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		El Padre/Tutor/Guardian Está Empleado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Empleador			Empleador	
AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, centro médico, médico, compañía de seguros u organización a que lo proporcionen a solicitud de BMI Benefits, LLC. O las compañías aseguradoras con las que trabaja, la información que usted puede tener, incluidos los hallazgos y los tratamientos prestados, y copias de todos los registros hospitalarios y médicos de servicios profesionales y atención hospitalaria prestados en mi nombre. La autorización anterior se otorga en el entendimiento de que cualquier derecho legal que pueda tener para reclamar comunicaciones entre nosotros como privilegios se renuncia expresamente y voluntariamente. Un fotostático de esta autorización se considerará válido y efectivo como el original. Los pagos se realizarán a los proveedores del servicio, a menos que un recibo / estado de cuenta pagado acompañe el envío del reclamo médico. Toda persona que intencionalmente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte con fines de información engañosa sobre cualquier material factual de la misma, comete un acto de seguro fraudulento, que es delito, y también estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.				
Firma Del Reclamante o De La Persona Autorizada			Fecha	

CLAIM FORM FRAUD NOTICE

Arkansas	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Colorado	It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.
District of Columbia	WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.
Florida	Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.
Kansas	A "fraudulent insurance act" means an act committed by any person who, knowingly and with intent to defraud, presents, causes to be presented or prepares with knowledge or belief that it will be presented to or by an insurer, purported insurer, broker or any agent thereof, any written, electronic, electronic impulse, facsimile, magnetic, oral, or telephonic communication or statement as part of, or in support of, an application for the issuance of, or the rating of an insurance policy for personal or commercial insurance, or a claim for payment or other benefit pursuant to an insurance policy for commercial or personal insurance which such person knows to contain materially false information concerning any fact material thereto; or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto.
Kentucky	Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.
Louisiana	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Maine	It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines, or denial of insurance benefits.
Maryland	Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
New Jersey	Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.
New Mexico	ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES.
New York	General: All applications for commercial insurance, other than automobile insurance: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation. All applications for automobile insurance and all claim forms: Any person who knowingly makes or knowingly assists, abets, solicits or conspires with another to make a false report of the theft, destruction, damage or conversion of any motor vehicle to a law enforcement agency, the department of motor vehicles or an insurance company, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the value of the subject motor vehicle or stated claim for each violation. Fire: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime. The proposed insured affirms that the foregoing information is true and agrees that these applications shall constitute a part of any policy issued whether attached or not and that any willful concealment or misrepresentation of a material fact or circumstances shall be grounds to rescind the insurance policy.
Ohio	Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.
Oklahoma	WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.
Pennsylvania	All Commercial Insurance, Except As Provided for Automobile Insurance: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a

	<p>crime and subjects such person to criminal and civil penalties.</p> <p>Automobile Insurance: Any person who knowingly and with intent to injure or defraud any insurer files an application or claim containing any false, incomplete or misleading information shall, upon conviction, be subject to imprisonment for up to seven years and the payment of a fine of up to \$15,000.</p>
Puerto Rico	Any person who knowingly and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation by a fine of not less than five thousand dollars (\$5,000) and not more than ten thousand dollars (\$10,000), or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. Should aggravating circumstances [be] present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years, if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years.
Rhode Island	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Tennessee	<p>All Commercial Insurance, Except As Provided for Workers' Compensation It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.</p> <p>Workers' Compensation: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to any party to a workers' compensation transaction for the purpose of committing fraud. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.</p>
Utah	Workers' Compensation: Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files or causes to be filed a false or fraudulent claim for disability compensation or medical benefits, or submits a false or fraudulent report or billing for health care fees or other professional services is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.
Virginia	It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.
Washington	It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.
West Virginia	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
All Other States	Any person who knowingly and willfully presents false information in an application for insurance may be guilty of insurance fraud and subject to fines and confinement in prison. (In Oregon, the aforementioned actions may constitute a fraudulent insurance act which may be a crime and may subject the person to penalties).



BMI Benefits, LLC.
P.O. Box 511
Matawan, NJ 07747
Teléfono: 800.445.3126
Fax: 732.583.9610
www.bobmccloskey.com

Seguro de Accidente Estudiantil Instrucciones para presentar una reclamación

1. **Formulario de reclamo de accidente/lesión de beneficios de BMI:** La parte 1A debe estar firmada por la escuela/titular de la póliza. Todas las demás secciones deben ser completadas por la escuela y el padre/guardián. Si está empleado, pero no tiene seguro, por favor mencione "SIN SEGURO" y proporciónenos una declaración de su empleador que indique que el estudiante/reclamante no tiene seguro o complete el formulario adjunto: "Declaración de No Otro Seguro". De lo contrario, nuestra oficina puede enviar un cuestionario de seguro a su empleador para ser utilizado como verificación de no cobertura de dependientes.
2. **Comuníquese con todos los proveedores médicos donde se recibió el tratamiento y dígalos que tiene un seguro secundario.** Si Usted le brinda a su proveedor de atención médica la información de facturación de BMI Benefits, debe facturarle directamente a BMI una vez que facturen a su seguro de salud primario. También puede obtener y adjuntar copias de la Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros principal y todas las facturas médicas detalladas, conocidas como HCFA CMS 1500 (formulario de facturación médica) y UB-04 (formulario de facturación del hospital). Las facturas médicas detalladas deben mostrar los códigos ICD-10 y CPT para los servicios prestados, así como otra información necesaria para el procesamiento del seguro. Las declaraciones de saldos adeudados NO son facturas detalladas y no pueden ser procesadas y pagadas por BMI Benefits. La póliza de seguro es un seguro excedente, lo que significa que los beneficios se brindan después de que cualquier otro seguro válido y cobrable haya procesado los reclamos médicos.
3. En cuanto a las reclamaciones por lesiones dentales, la política cubrirá lesiones accidentales a dientes sanos y naturales. El reclamo debe presentarse tanto al seguro dental como al seguro médico, si está disponible. En lo que respecta al reembolso de los gastos de medicamentos recetados, necesitaremos una copia de la factura de medicamentos recetados detallada. Los recibos de caja registradora solos no serán suficientes.
4. Si ya pagó al proveedor de servicios médicos y desea que se le reembolse directamente, adjunte un recibo o extracto pagado que verifique el pago junto con las facturas detalladas y los EOB principales. Las HSA y las FSA son reembolsables, sin embargo, las HRA no son reembolsables.
5. Envíe el formulario de reclamo completo, las facturas detalladas y el seguro primario Explicación de beneficios a BMI Benefits, LLC. Las reclamaciones pueden enviarse por correo postal, fax o correo electrónico.

FAX	CORREO	CORREO ELECTRÓNICO
732-583-9610	BMI Benefits, LLC PO Box 511 Matawan, NJ 07747	BMI@bobmccloskey.com

6. Puede comunicarse con BMI Benefits, LLC al 800.445.3126 para analizar su reclamo. Tenga en cuenta que la resolución de su reclamo puede tardar varias semanas en procesarse. Cuando contacte a BMI Benefits, tenga a mano su formulario de reclamo, así como el nombre de la escuela, el distrito escolar o el titular de la póliza para asegurar una pronta asistencia.

NOTA: Cuando BMI procesa un reclamo presentado, se enviará por correo al Proveedor de servicios médicos una Explicación de Beneficios (EOB) junto con el pago de cualquier cheque. También se envía por correo una segunda copia a la dirección que figura en el archivo para que el reclamante / estudiante explique los detalles del pago del reclamo. Si falta información para que BMI procese y pague un reclamo pendiente, se enviará un EOB por correo indicando lo que debe enviarse al BMI para su reprocesamiento y pago del reclamo médico. Todos los reclamos presentados están sujetos a los términos, condiciones y beneficios de la póliza según se describen en la cobertura seleccionada por el titular de la póliza.



BMI Benefits, LLC.

P.O. Box 511

Matawan, NJ 07747

Teléfono: 800.445.3126

Fax: 732.583.9610

www.bobmccloskey.com

Seguro de Accidente Estudiantil Preguntas Frecuentes

Por que la escuela de mi hijo proporciona seguro de accidentes para estudiantes?

Muchos planes de seguro de salud tienen deducibles altos y límites del plan que dejan a los padres con facturas altas resultantes de un accidente inesperado. Esta póliza de exceso, proporcionada por la escuela, protege a los estudiantes y las familias de los costos asociados con los accidentes relacionados en el tiempo escolar y/o los deportes, según la cobertura de póliza elegida de su escuela.

Que es BMI Benefits?

BMI Benefits, LLC. Es el administrador de reclamaciones en nombre de la compañía de seguros.

El seguro primario siempre tiene que pagar primero?

Sí. Los reclamos médicos siempre deben enviarse inicialmente a su póliza de seguro primaria. Cualquier saldo restante de los gastos no cubiertos por su primaria se someterá a la política de exceso. La póliza cubrirá el saldo restante de los gastos elegibles hasta el máximo del plan.

Paga la póliza de seguro de accidentes los gastos de bolsillo como copagos y deducibles?

Sí. Estos cargos pueden enviarse a la póliza de seguro de accidentes para proporcionar el reembolso.

Qué documentos son necesarios para procesar un reclamo?

Si su estudiante está involucrado en un accidente relacionado con la escuela, se necesitan los siguientes documentos para procesar adecuadamente un reclamo:

- **Formulario de reclamo de accidente de beneficios de BMI completo**
- **Factura detallada - en forma de HCFA CMS1500 o UB04**. Esto se puede obtener a través del proveedor médico. **NO ENVÍE** recibos de efectivo, saldo adeudado, saldos adeudados o estados de cuenta vencidos para el procesamiento o pago de reclamaciones. Una factura detallada (HCFA o UB04) contiene la siguiente información:
 - o Nombre del proveedor, dirección del proveedor, número de identificación fiscal
 - o Fecha (s) del servicio, tipo de servicio prestado, incluidos códigos CPT e ICD-9
 - o La tarifa por cada procedimiento
- **Explicación de beneficios (EOB) del seguro primario** - debe recibir una copia de esto de su compañía de seguros principal.

A dónde envío todos estos documentos?

Envíe todos los formularios de reclamación, facturas detalladas, EOB principales, otra información de seguro y correspondencia de reclamaciones a BMI Benefits, LLC. **Puede ser más fácil ponerse en contacto con su proveedor médico, presentar la información del IMC como el seguro secundario, y el proveedor facturará el IMC directamente con los recibos detallados y las EOB principales.**

Qué información de seguro tengo que darle a un proveedor?

Cuando vaya al hospital, al consultorio del médico, a la clínica de TP, etc., debe recordar que tiene un seguro secundario a través de la póliza de seguro médico para accidentes estudiantiles de su escuela. Indique al proveedor que primero le facture a su seguro primario y luego envíe la EOB principal y la factura detallada a BMI Benefits, LLC. **Si no envió la información del seguro secundario en su primera visita, llame al proveedor y bríndeles la información del seguro secundario para Beneficios de BMI.** Si el proveedor factura la póliza de seguro de accidentes estudiantiles de la escuela directamente, esto evitará que se envíe una declaración de saldos adeudados al estudiante/padre.

Qué puede causar un retraso en el procesamiento y el pago de un reclamo?

El administrador de reclamos no puede procesar un reclamo al que le faltan uno o más de los siguientes documentos: el formulario de reclamo de accidente / lesión, el proyecto de ley detallado o el rechazo / EOB principal. No podemos aceptar saldos vencidos, saldos a plazo o vencidos para el procesamiento de reclamaciones.

A quién puedo contactar si tengo alguna pregunta? Si tiene preguntas después de enviar sus reclamos a BMI Benefits, LLC. por favor contáctelos al 800-445-3126. Tenga en cuenta que la resolución de su reclamo puede tardar varias semanas en procesarse. Cuando contacte a BMI Benefits, tenga a mano su formulario de reclamo, así como el nombre de la escuela, el distrito escolar o el titular de la póliza para asegurar una pronta asistencia.

NOTA: Cuando BMI procesa un reclamo presentado, se enviará por correo al Proveedor de servicios médicos una Explicación de Beneficios (EOB) junto con el pago de cualquier cheque. También se envía por correo una segunda copia a la dirección que figura en el archivo para que el reclamante / estudiante explique los detalles del pago del reclamo. Si falta información para que BMI procese y pague un reclamo pendiente, se enviará un EOB por correo indicando lo que debe enviarse al BMI para su reprocesamiento y pago del reclamo médico.



BMI Benefits, LLC.
P.O. Box 511
Matawan, NJ 07747
Teléfono:
800.445.3126 Fax:
732.583.9610
www.bobmccluskey.com

Declaración de Ningún Otro Seguro

Por favor de completar este formulario en su totalidad y presente los beneficios de BMI dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente, con Formulario De Reclamo De Accidente Estudiantil.

Declaración de Ningún Otro Seguro

Yo, _____, declaro que no estaba cubierto por ninguna otra póliza de Seguro,
(Nombre)
atraves de mí o mis Padres por el accidente fechado _____. Si algun otra póliza de Seguro entra en vigencia lo notificaré al seguro de BMI y Re-enviaré todas las facturas eligibles a la nueva comopania de Seguro. Entiendo que la cobertura de Beneficios BMI es el exceso de cualquier otro Seguro y pagara despue de el Seguro primario. Entiendo que si alguna de estas declaraciones son falsas, podria considerar mi reclamacion ineligible.

(Nombre Asegurado(a) nombre de Padre)

(Fecha)

(firma del Asegurado(a) o firma del Padre si el Asegurado es un menor)

(Fecha)

Nombre de la Escuela/Asegurado: _____

FRAUD WARNING:

ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND/OR WITH INTENT TO INJURE, DEFRAUD OR DECEIVE AN INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSONS, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION MAY BE GUILTY OF INSURANCE FRAUD AND SUBJECT TO CRIMINAL AND SUBSTANTIAL CIVIL PENALTIES.

ITEMIZED BILL FOR PHYSICIAN BILLING - HICFA 1500 FORM



HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

PICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
1. MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> FECA BLK LUNG <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> <small>(Medicare#) (Medicaid#) (ID#/DoD#) (Member ID#) (ID#)</small>					1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Item 1)																
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)					3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY		SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)												
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)					6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>		7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)														
CITY			STATE		8. RESERVED FOR NUCC USE					CITY		STATE									
ZIP CODE			TELEPHONE (Include Area Code) () ()		9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)					10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:		11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER									
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER			b. RESERVED FOR NUCC USE		c. RESERVED FOR NUCC USE		d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME		a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY	SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>									
b. RESERVED FOR NUCC USE			c. RESERVED FOR NUCC USE		d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME		10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)		b. AUTO ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)	c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME									
c. RESERVED FOR NUCC USE			d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME		10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)		13d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)		c. OTHER ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME	d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <i>If yes, complete items 9, 9a, and 9d.</i>									
READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM.																					
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE. I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.						13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE. I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.															
SIGNED _____						SIGNED _____															
14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP) MM DD YY			15. OTHER DATE MM DD YY			16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY															
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE						17a. _____			17b. NPI _____			18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY									
19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)																					
20. OUTSIDE LAB? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO \$ CHARGES _____																					
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY Relate A-L to service line below (24E) ICD Ind. _____																					
A. _____			B. _____			C. _____			D. _____			22. RESUBMISSION CODE _____ ORIGINAL REF. NO. _____									
E. _____			F. _____			G. _____			H. _____			23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER _____									
I. _____			J. _____			K. _____			L. _____												
24. A. DATE(S) OF SERVICE		B. PLACE OF SERVICE		C. EMG		D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER				E. DIAGNOSIS POINTER		F. \$ CHARGES		G. DAYS OR UNITS		H. EPSTD Family Plan		I. ID. QUAL.		J. RENDERING PROVIDER ID. #	
From MM DD YY To MM DD YY		SERVICE																			
1																		NPI			
2																		NPI			
3																		NPI			
4																		NPI			
5																		NPI			
6																		NPI			
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER				SSN EIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		26. PATIENT'S ACCOUNT NO.				27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				28. TOTAL CHARGE \$		29. AMOUNT PAID \$		30. Rsvd for NUCC Use			
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)						32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION						33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ()									
SIGNED _____						DATE _____						a. NPI		b. NPI		a. NPI		b. NPI			

CARRIER ↑ PATIENT AND INSURED INFORMATION ↓ PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION ↓

ITEMIZED BILL FOR HOSPITAL & FACILITY CHARGES - UB04 FORM

1	2	3a PAT. CNTL. #	b. MED. REC. #	4 TYPE OF BILL
		5 FED. TAX NO.	6 STATEMENT COVERS PERIOD FROM	7 THROUGH
8 PATIENT NAME		9 PATIENT ADDRESS		
10 BIRTHDATE	11 SEX	12 DATE	13 HR	14 TYPE
15 SRC	16 DHR	17 STAT	18	19
20	21	22	23	24
25	26	27	28	29 ACDT STATE
30	31 OCCURRENCE CODE	32 OCCURRENCE DATE	33 OCCURRENCE CODE	34 OCCURRENCE DATE
35	36 OCCURRENCE SPAN FROM	37 THROUGH	38	39
40	41	42	43	44
45	46	47	48	49
50	51	52	53	54
55	56	57	58	59
60	61	62	63	64
65	66	67	68	69
70	71	72	73	74
75	76	77	78	79
80	81	82	83	84
85	86	87	88	89
90	91	92	93	94
95	96	97	98	99
100	101	102	103	104
105	106	107	108	109
110	111	112	113	114
115	116	117	118	119
120	121	122	123	124
125	126	127	128	129
130	131	132	133	134
135	136	137	138	139
140	141	142	143	144
145	146	147	148	149
150	151	152	153	154
155	156	157	158	159
160	161	162	163	164
165	166	167	168	169
170	171	172	173	174
175	176	177	178	179
180	181	182	183	184
185	186	187	188	189
190	191	192	193	194
195	196	197	198	199
200	201	202	203	204
205	206	207	208	209
210	211	212	213	214
215	216	217	218	219
220	221	222	223	224
225	226	227	228	229
230	231	232	233	234
235	236	237	238	239
240	241	242	243	244
245	246	247	248	249
250	251	252	253	254
255	256	257	258	259
260	261	262	263	264
265	266	267	268	269
270	271	272	273	274
275	276	277	278	279
280	281	282	283	284
285	286	287	288	289
290	291	292	293	294
295	296	297	298	299
300	301	302	303	304
305	306	307	308	309
310	311	312	313	314
315	316	317	318	319
320	321	322	323	324
325	326	327	328	329
330	331	332	333	334
335	336	337	338	339
340	341	342	343	344
345	346	347	348	349
350	351	352	353	354
355	356	357	358	359
360	361	362	363	364
365	366	367	368	369
370	371	372	373	374
375	376	377	378	379
380	381	382	383	384
385	386	387	388	389
390	391	392	393	394
395	396	397	398	399
400	401	402	403	404
405	406	407	408	409
410	411	412	413	414
415	416	417	418	419
420	421	422	423	424
425	426	427	428	429
430	431	432	433	434
435	436	437	438	439
440	441	442	443	444
445	446	447	448	449
450	451	452	453	454
455	456	457	458	459
460	461	462	463	464
465	466	467	468	469
470	471	472	473	474
475	476	477	478	479
480	481	482	483	484
485	486	487	488	489
490	491	492	493	494
495	496	497	498	499
500	501	502	503	504
505	506	507	508	509
510	511	512	513	514
515	516	517	518	519
520	521	522	523	524
525	526	527	528	529
530	531	532	533	534
535	536	537	538	539
540	541	542	543	544
545	546	547	548	549
550	551	552	553	554
555	556	557	558	559
560	561	562	563	564
565	566	567	568	569
570	571	572	573	574
575	576	577	578	579
580	581	582	583	584
585	586	587	588	589
590	591	592	593	594
595	596	597	598	599
600	601	602	603	604
605	606	607	608	609
610	611	612	613	614
615	616	617	618	619
620	621	622	623	624
625	626	627	628	629
630	631	632	633	634
635	636	637	638	639
640	641	642	643	644
645	646	647	648	649
650	651	652	653	654
655	656	657	658	659
660	661	662	663	664
665	666	667	668	669
670	671	672	673	674
675	676	677	678	679
680	681	682	683	684
685	686	687	688	689
690	691	692	693	694
695	696	697	698	699
700	701	702	703	704
705	706	707	708	709
710	711	712	713	714
715	716	717	718	719
720	721	722	723	724
725	726	727	728	729
730	731	732	733	734
735	736	737	738	739
740	741	742	743	744
745	746	747	748	749
750	751	752	753	754
755	756	757	758	759
760	761	762	763	764
765	766	767	768	769
770	771	772	773	774
775	776	777	778	779
780	781	782	783	784
785	786	787	788	789
790	791	792	793	794
795	796	797	798	799
800	801	802	803	804
805	806	807	808	809
810	811	812	813	814
815	816	817	818	819
820	821	822	823	824
825	826	827	828	829
830	831	832	833	834
835	836	837	838	839
840	841	842	843	844
845	846	847	848	849
850	851	852	853	854
855	856	857	858	859
860	861	862	863	864
865	866	867	868	869
870	871	872	873	874
875	876	877	878	879
880	881	882	883	884
885	886	887	888	889
890	891	892	893	894
895	896	897	898	899
900	901	902	903	904
905	906	907	908	909
910	911	912	913	

ADA American Dental Association® Dental Claim Form

HEADER INFORMATION

1. Type of Transaction (Mark all applicable boxes)

- Statement of Actual Services Request for Predetermination/Preauthorization
 EPSDT / Title XIX

2. Predetermination/Preauthorization Number

INSURANCE COMPANY/DENTAL BENEFIT PLAN INFORMATION

3. Company/Plan Name, Address, City, State, Zip Code

OTHER COVERAGE (Mark applicable box and complete items 5-11. If none, leave blank.)

4. Dental? Medical? (If both, complete 5-11 for dental only.)

5. Name of Policyholder/Subscriber in #4 (Last, First, Middle Initial, Suffix)

6. Date of Birth (MM/DD/CCYY)

7. Gender
 M F

8. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

9. Plan/Group Number

10. Patient's Relationship to Person named in #5
 Self Spouse Dependent Other

11. Other Insurance Company/Dental Benefit Plan Name, Address, City, State, Zip Code

POLICYHOLDER/SUBSCRIBER INFORMATION (For Insurance Company Named in #3)

12. Policyholder/Subscriber Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, Zip Code

13. Date of Birth (MM/DD/CCYY)

14. Gender

M F

15. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

16. Plan/Group Number

17. Employer Name

PATIENT INFORMATION

18. Relationship to Policyholder/Subscriber in #12 Above

Self Spouse Dependent Child Other

19. Reserved For Future Use

20. Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, Zip Code

21. Date of Birth (MM/DD/CCYY)

22. Gender

M F

23. Patient ID/Account # (Assigned by Dentist)

RECORD OF SERVICES PROVIDED

	24. Procedure Date (MM/DD/CCYY)	25. Area of Oral Cavity	26. Tooth System	27. Tooth Number(s) or Letter(s)	28. Tooth Surface	29. Procedure Code	29a. Diag. Pointer	29b. Qty.	30. Description	31. Fee
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

33. Missing Teeth Information (Place an "X" on each missing tooth.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17

34. Diagnosis Code List Qualifier (ICD-9 = B; ICD-10 = AB)

34a. Diagnosis Code(s) A _____ C _____
B _____ D _____
(Primary diagnosis in "A")

31a. Other Fee(s)

32. Total Fee

35. Remarks

AUTHORIZATIONS

36. I have been informed of the treatment plan and associated fees. I agree to be responsible for all charges for dental services and materials not paid by my dental benefit plan, unless prohibited by law, or the treating dentist or dental practice has a contractual agreement with my plan prohibiting all or a portion of such charges. To the extent permitted by law, I consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out payment activities in connection with this claim.

X Patient/Guardian Signature _____ Date _____

37. I hereby authorize and direct payment of the dental benefits otherwise payable to me, directly to the below named dentist or dental entity.

X Subscriber Signature _____ Date _____

ANCILLARY CLAIM/TREATMENT INFORMATION

38. Place of Treatment (e.g. 11=office; 22=O/P Hospital)
(Use "Place of Service Codes for Professional Claims")

39. Enclosures (Y or N)

40. Is Treatment for Orthodontics?

No (Skip 41-42) Yes (Complete 41-42)

41. Date Appliance Placed (MM/DD/CCYY)

42. Months of Treatment

43. Replacement of Prosthesis

No Yes (Complete 44)

44. Date of Prior Placement (MM/DD/CCYY)

45. Treatment Resulting from

Occupational illness/injury Auto accident Other accident

46. Date of Accident (MM/DD/CCYY)

47. Auto Accident State

BILLING DENTIST OR DENTAL ENTITY (Leave blank if dentist or dental entity is not submitting claim on behalf of the patient or insured/subscriber.)

48. Name, Address, City, State, Zip Code

49. NPI

50. License Number

51. SSN or TIN

52. Phone Number () -

52a. Additional Provider ID

TREATING DENTIST AND TREATMENT LOCATION INFORMATION

53. I hereby certify that the procedures as indicated by date are in progress (for procedures that require multiple visits) or have been completed.

X _____
Signed (Treating Dentist) _____ Date _____

54. NPI

55. License Number

56. Address, City, State, Zip Code

56a. Provider Specialty Code

57. Phone Number () -

58. Additional Provider ID

The following information highlights certain form completion instructions. Comprehensive ADA Dental Claim Form completion instructions are printed in the CDT manual. Any updates to these instructions will be posted on the ADA's web site (ADA.org).

GENERAL INSTRUCTIONS

- A. The form is designed so that the name and address (Item 3) of the third-party payer receiving the claim (insurance company/dental benefit plan) is visible in a standard #9 window envelope (window to the left). Please fold the form using the 'tick-marks' printed in the margin.
- B. Complete all items unless noted otherwise on the form or in the CDT manual's instructions.
- C. Enter the full name of an individual or a full business name, address and zip code when a name and address field is required.
- D. All dates must include the four-digit year.
- E. If the number of procedures reported exceeds the number of lines available on one claim form, list the remaining procedures on a separate, fully completed claim form.

COORDINATION OF BENEFITS (COB)

When a claim is being submitted to the secondary payer, complete the entire form and attach the primary payer's Explanation of Benefits (EOB) showing the amount paid by the primary payer. You may also note the primary carrier paid amount in the "Remarks" field (Item 35). There are additional detailed completion instructions in the CDT manual.

DIAGNOSIS CODING

The form supports reporting up to four diagnosis codes per dental procedure. This information is required when the diagnosis may affect claim adjudication when specific dental procedures may minimize the risks associated with the connection between the patient's oral and systemic health conditions. Diagnosis codes are linked to procedures using the following fields:

- Item 29a – Diagnosis Code Pointer ("A" through "D" as applicable from Item 34a)
- Item 34 – Diagnosis Code List Qualifier (B for ICD-9-CM; AB for ICD-10-CM)
- Item 34a – Diagnosis Code(s) / A, B, C, D (up to four, with the primary adjacent to the letter "A")

PLACE OF TREATMENT

Enter the 2-digit Place of Service Code for Professional Claims, a HIPAA standard maintained by the Centers for Medicare and Medicaid Services. Frequently used codes are:

- 11 = Office; 12 = Home; 21 = Inpatient Hospital; 22 = Outpatient Hospital; 31 = Skilled Nursing Facility; 32 = Nursing Facility

The full list is available online at "www.cms.gov/PhysicianFeeSched/Downloads/Website_POS_database.pdf" **Note: Obsolete URL - search online for "CMS Place of Service Code downloads"**

PROVIDER SPECIALTY

This code is entered in Item 56a and indicates the type of dental professional who delivered the treatment. The general code listed as "Dentist" may be used instead of any of the other codes.

Category / Description Code	Code
Dentist A dentist is a person qualified by a doctorate in dental surgery (D.D.S.) or dental medicine (D.M.D.) licensed by the state to practice dentistry, and practicing within the scope of that license.	122300000X
General Practice	1223G0001X
Dental Specialty (see following list)	Various
Dental Public Health	1223D0001X
Endodontics	1223E0200X
Orthodontics	1223X0400X
Pediatric Dentistry	1223P0221X
Periodontics	1223P0300X
Prosthodontics	1223P0700X
Oral & Maxillofacial Pathology	1223P0106X
Oral & Maxillofacial Radiology	1223D0008X
Oral & Maxillofacial Surgery	1223S0112X

Provider taxonomy codes listed above are a subset of the full code set that is posted at "www.wpc-edi.com/codes/taxonomy"