Envíe los reclamos médicos a: PAI, Attn: Claims,
PO Box 6702,
Columbia, SC 29260-6702

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO MÉDICO

El pago del reclamo se puede retrasar si falta información o si ésta no es correcta.

Recuerde que su proveedor tiene disponibles los formularios de reclamo de HCFA y UB.

_____Parte #1 – Incluya facturas desglosadas.

Las facturas desglosadas no son notas de cobro ni Explicaciones de beneficios.

Lista para asegurarse de que incluyó toda la información requerida:

- **_____ Nombre y dirección del doctor**
- **_____ Número de identificación de impuestos del doctor**
- **_____ Nombre del paciente**
- **_____ Código(s) de diagnóstico ICD-9**
- **_____ Fecha del servicio**
- **_____ Cargos/costo de cada tratamiento**
- **_____ Código(s) del procedimiento CPT-4**
- **_____ Código del lugar del servicio**

_____ Parte #2 (Página #2). Se debe completar, firmar y ponerle la fecha.

La debe completar el empleado. Recuerde que se requiere la firma del empleado, su número de Seguro Social y su autorización.

_____ Parte #3. Guarde una copia para sus archivos.

Envíe el reclamo de gastos médicos y las facturas desglosadas a:

PAI, P.O. Box 6702 Columbia, South Carolina 29260

Formulario de reclamo de gastos médicos

Envíe los reclamos médicos a: PAI, Attn: Claims,
PO Box 6702,
Columbia, SC 29260-6702

Incluya facturas desglosadas que tengan información completa sobre:
• Nombre y dirección del doctor • Número de identificación tributaria del doctor • Nombre del paciente • Código de diagnóstico ICD-9 • Fecha del servicio
• Cargos/costo de cada tratamiento • Códigos del procedimiento CPT-4 • Código del lugar del servicio
Nota: Las facturas desglosadas no son notas de cobro ni Explicaciones de beneficios.
Recuerde: El procesamiento de su reclamo se podría retrasar si los formularios están incompletos o si no se incluyen las facturas desglosadas.

Sección 1. Información del empleado

Nombre del empleado: _____ SSN: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Nombre dell empleador: _____ Número del grupo (de su tarjeta de identificación): _____

Sección 2. Información del paciente

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

Relación con el empleado: ☐ Empleado ☐ Esposa/o ☐ Hija ☐ Hijo ☐ Otra relación: (especifique): _____

Si el paciente es su hijo/a y tiene más de 25 años ¿usted lo/la mantiene? ☐ Sí ☐ No

Sección 3. Información sobre los reclamos

¿El reclamo es por ☐ accidente ☐ lesión? ¿El tratamiento es resultado de una enfermedad o de una lesión del trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo ocurrió el accidente o la enfermedad? _____ Fecha en la que se consultó para el primer diagnóstico _____

Explique para qué era el tratamiento, y si fue un accidente, explique cómo, cuándo y dónde sucedió. (Agregue otra hoja al formulario si es necesario.)

_____

_____

Sección 4. Autorización

Instrucciones: La persona asegurada debe completar y firmar la autorización. Si la persona asegurada no puede firmar, la autorización la debe completar y firmar el guardián legal o el familiar más cercano.

A los proveedores de atención médica:

Usted está autorizando que Planned Administrators, Inc., el Administrador de terceros y todo representante autorizado vean y obtengan copias de todos los registros de los servicios de atención médica prestados, la asesoría sobre atención médica, los tratamientos y los suministros provistos al paciente, incluyendo la información relacionada a enfermedades mentales, tratamiento para drogas o alcohol, VIH o SIDA. La información provista solo se usará para cuestiones relacionadas a la evaluación del pago de reclamos de beneficios.

Comprendo que la información divulgada sólo la usará Planned Administrators, Inc. para determinar la elegibilidad para el seguro y los beneficios que se reclamen bajo esta póliza. Doy mi permiso para que esta información se divulgue a las compañías relacionadas al seguro, al Buró de Información Médica y a las personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales relacionados a mi reclamo y a quienes lo requieran las leyes. Esta información no será divulgada, vendida, transferida ni comunicada sin mi consentimiento a personas que no se hayan especificado en este formulario. Entiendo que esta autorización se puede revocar enviando una nota por escrito a Planned Administrators, Inc., pero esta revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. Si no se revoca, esta autorización será válida mientras el reclamo esté en proceso pero no excederá un período de dos años a partir de la fecha que aparece abajo. Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización. Estoy de acuerdo en que una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

_____ _____ _____
Firma **Fecha** **Relación con el asegurado si firma alguien que no es el asegurado**

(Si firma alguien que no es el asegurado, escriba con letra de imprenta su nombre y dirección e incluya los documentos que avalan que es el guardián legal o las evidencias de que lo representa legalmente.)

_____ _____
Nombre **Dirección**

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Benefits 4 Today, 1-800-440-3068, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.

Con el aval de BCS Insurance Company
Oakbrook Terrace, IL

Administrado por Planned Administrators Inc.
Columbia, SC (Rev. 10-26-2020)

Envíe los reclamos médicos a: PAI, Attn: Claims,
PO Box 6702,
Columbia, SC 29260-6702

Advertencias sobre fraudes

Alabama: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a restituir lo que recibió, a multas y a encarcelamiento, o a una combinación de estas penas.

Alaska: LAS LEYES DE ALASKA REQUIEREN QUE LE INFORMEMOS LO SIGUIENTE: Toda persona que, con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo con información falsa, incompleta, o engañosa podría ser enjuiciada bajo las leyes estatales.

Arizona: Para protegerle a usted, las leyes de **Arizona** requieren que la declaración siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o **fraudulento** para que le paguen una pérdida quedará sujeto a penalidades civiles y criminales. Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento, multas, negaciones de **seguro** y daños civiles.

California: Para protegerle a usted, las leyes de California requieren que lo siguiente aparezca en este formulario. Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es un acto ilegal dar información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a una aseguradora con el propósito de cometer fraude o de intentar defraudar a la compañía. Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Las compañías de seguros y los agentes de compañías de seguros que den información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a los asegurados o a quienes presentan reclamos con el propósito de cometer fraude o de intentar defraudarlos en relación con el pago de una conciliación o de una recompensa otorgada por la aseguradora, se deben reportar a la "Division of Insurance" del departamento "Department of Regulatory Agencies" de Colorado.

Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las aseguradoras, presente un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito dar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude contra la aseguradora o contra cualquier otra persona. Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, las aseguradoras podrían negarle los beneficios del seguro, si el solicitante da información falsa relacionada al reclamo.

Florida: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las aseguradoras, presente declaración de reclamo que tenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave en tercer grado.

Kansas: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, presente una declaración por escrito como parte de una solicitud de seguro, una calificación de una póliza de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude contra una aseguradora.

Kentucky: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, presente un reclamo con información falsa o, con el propósito de engañar, oculte información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude a una aseguradora, lo cual es un delito.

Maine: Es un delito dar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

Minnesota: Las personas que presenten un reclamo con la intención de cometer un fraude o que ayuden a defraudar a una compañía aseguradora serán culpables de un delito.

New Hampshire: Toda persona que, con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las compañías de seguros, presente una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a cargos y castigos por cometer fraude contra una aseguradora, según se indica en la sección RSA 638:20.

New Jersey: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo con información falsa o engañosa quedará sujeto a penas civiles y criminales.

New Mexico: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas civiles y penalidades criminales.

New York: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información falsa o, con el propósito de engañar, oculte información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude contra la aseguradora, lo cual es un delito y quedará sujeta a penas civiles que no serán mayores a cinco mil dólares y al valor declarado del reclamo por cada una de estas violaciones.

Oregon: Toda persona que, deliberadamente, con la intención de cometer fraude o de contribuir a defraudar a una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo con información falsa o engañosa será culpable de fraude contra la aseguradora.

Pennsylvania: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa o, con el propósito de engañar, oculte información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude contra una aseguradora, lo cual es un delito y queda sujeta a cargos civiles o criminales.

Puerto Rico: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar, incluya información falsa en un archivo o solicitud de seguro, ayude o encubra en la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito y, si lo encuentran culpable, será castigado por cada delito con una multa mayor a cinco mil dólares ($5,000), sin rebasar diez mil dólares ($10,000); o será encarcelado por un período fijo de tres (3) años, o ambas penalidades. Si hay circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento podría subir a un máximo de cinco (5) años; y si hay circunstancias mitigantes, el encarcelamiento podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Tennessee, Virginia y Washington: Es un delito dar información falsa, incompleta, o engañosa deliberadamente a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Las penalidades incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

Otros estados no mencionados: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a encarcelamiento.

.

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Benefits 4 Today, 1-800-440-3068, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.

Con el aval de BCS Insurance Company
Oakbrook Terrace, IL

Administrado por Planned Administrators Inc.
Columbia, SC (Rev. 10-26-2020)