



## MEC/MVP Formulario de Reclamo de Gastos Médicos

Envíe los reclamos de gastos médicos a: PAI, Attn: Claims, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260

### CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO MÉDICO

**El pago de su reclamo se puede retrasar por falta de 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 de verificación de información requerida:**

- \_\_\_\_\_ **Nombre y dirección del doctor**
- \_\_\_\_\_ **Número de identificación de impuestos 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**

\_\_\_\_\_ **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**



# MEC/MVP Formulario de Reclamo de Gastos Médicos

Envíe los reclamos de gastos médicos a: PAI, Attn: Claims, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260

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.

**Nota:** El procesamiento de su reclamo se podría retardar si los formularios están incompletos o si no se incluyen las facturas desglosadas

## Sección 1: Información del Empleado

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Segundo

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Número del grupo (de la tarjeta de ID): \_\_\_\_\_

## Sección 2: Información del Reclamante

Nombre del reclamante: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Segundo

SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Relación con el empleado:  Empleado  Esposo/a  Hija  Hijo  Otro: (especifique): \_\_\_\_\_

¿Si el solicitante es su hijo, y de menos de 26 años de edad, tiene cubiertos por su plan médico importante?  Sí  No Si la respuesta es Sí, la lista de información que aparece a continuación.

*Nombre y dirección de la empresa aseguradora*

*Número de Póliza*

## Sección 3: Información del Reclamo

¿El reclamo es por  accidente  enfermedad ¿El tratamiento resulta de una enfermedad o 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. (Use el reverso de este formulario o agregue una hoja a este 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 autorizado a permitir 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 molde 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 al teléfono gratuito de Atención al Cliente número de su tarjeta de identificación, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m., tiempo del Este. Hay una línea disponible con traducción a la mayoría de los idiomas.



## MEC/MVP Formulario de Reclamo de Gastos Médicos

Envíe los reclamos de gastos médicos a: PAI, Attn: Claims, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260

### 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:** Toda persona que con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las compañías de seguros presente un reclamo que contenga 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 sujeta a penalidades civiles y criminales.

**Arkansas, Louisiana, Rhode Island y West Virginia:** Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen 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 División de Seguros (Division of Insurance) de Colorado del Departamento de agencias reguladoras (Department of Regulatory Agencies).

**Delaware:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las aseguradoras, presente un reclamo que contenga 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 un reclamo o una solicitud que contengan información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave en tercer grado.

**Hawaii:** Para protegerle a usted, las leyes de Hawaii requieren que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o de un beneficio es un delito que se castiga con multas o encarcelamiento, o ambos.

**Idaho:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar o engañar a las compañías de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

**Indiana:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará cometiendo un delito grave.

**Kentucky:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a las compañías de seguros o a otra persona presente un reclamo que contenga 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, Tennessee, Virginia y Washington:** Es un delito dar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

**Maryland:** 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.

**Minnesota:** Toda persona que presente un reclamo con la intención de cometer un fraude o que ayude a defraudar a una aseguradora será culpable de un delito.

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.

**California:** Para protegerle a usted, las leyes de California 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 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 compañía de seguros 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

**New Hampshire:** Toda persona que, con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las compañías de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a cargos y castigos por cometer fraude contra una aseguradora, según se indica en la sección R.S.A. 638.20.

**New Jersey:** Toda persona que deliberadamente presente un reclamo que contenga información falsa o engañosa quedará sujeta 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 compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga 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 \$5,000 y al valor declarado del reclamo por cada una de estas violaciones.

**Ohio:** Toda persona que, con la intención de cometer fraude o consciente de que está contribuyendo a defraudar a una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga información falsa o engañosa será culpable de fraude contra la aseguradora.

**Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que deliberadamente y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo de los beneficios de una póliza de seguro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

**Pennsylvania:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo, que contenga 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.

**Texas:** 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.

**El resto de los estados:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga 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, quedará sujeta a cargos civiles o criminales.

**¿Preguntas?** Llame al teléfono gratuito de Atención al Cliente número de su tarjeta de identificación, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m., tiempo del Este. Hay una línea disponible con traducción a la mayoría de los idiomas.