



## **CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO**

**por**

### **DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO**

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

**Parte #1 (Página #1).** La debe completar el Empleador. Atención, se requiere la firma del empleador, la fecha y la información del pago del empleado.

**Parte #2 (Página #2).** La debe completar el Empleado. Se requiere la firma del empleado y la fecha.

**Parte #3 (Página #3).** La debe completar el Médico que da tratamiento al empleado por la enfermedad/lesión relacionada con la discapacidad. Se requiere la firma del médico y la fecha.

**Lista para asegurarse de que incluyó toda la información requerida:**

\_\_\_\_\_ La parte #1 del formulario de reclamo se completó, se firmó y se le puso la fecha.

\_\_\_\_\_ La parte #2 del formulario de reclamo se completó, se firmó y se le puso la fecha.

\_\_\_\_\_ La parte #3 del formulario de reclamo se completó, se firmó y se le puso la fecha.

**NOTA:**

**Las primas médicas no se le descontarán de los pagos por discapacidad a corto plazo. Debe hacer arreglos para pagar sus primas médicas y así mantener su cobertura médica.**

**¿Preguntas?** Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, 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 4 Ever Life Insurance Company  
Oakbrook Terrace, IL

(Rev. 10-26-2020)

Página 1 de 4



Administrado por Planned Administrators Inc.  
Columbia, SC

*El pago de los reclamos se puede retrasar si falta información o si ésta no es correcta.*

## Parte #1: El Empleador completa esta sección

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal  
 # de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ SSN del empleado: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  
 Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva de la cobertura: \_\_\_\_\_  
 Ingresos base: Mensuales \$ \_\_\_\_\_ Semanales \$ \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 ¿El empleado fue despedido antes de esta enfermedad?  Sí  No Si contesta "Sí", dé la fecha: \_\_\_\_\_  
 Fecha inicial en que el empleado no pudo trabajar: \_\_\_\_\_ Fecha en que el empleado regresó al trabajo: \_\_\_\_\_  
 ¿La enfermedad o lesión se debe a la ocupación del paciente?  Sí  No Si contesta "Sí", explicar: \_\_\_\_\_

Certifico que el empleado cuyo nombre aparece arriba es miembro de nuestro programa de seguro de grupo y que la información dada es correcta, hasta donde llegan mis conocimientos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleador

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Parte #2: El Empleado completa esta sección

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre  
 Fecha del primer tratamiento (enfermedad): \_\_\_\_\_ Fecha del accidente (lesión): \_\_\_\_\_ Si fue un accidente, ¿cómo ocurrió?  
 \_\_\_\_\_  
 ¿El accidente ocurrió en el trabajo?  Sí  No Fecha inicial en que no pudo trabajar: \_\_\_\_\_  
 ¿El paciente había tenido la misma condición o una similar?  Sí  No Si contesta "Sí", ¿cuando? Escriba nombre y dirección del doctor que atendió:  
 \_\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_

**Instrucciones para la autorización:** 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 del empleado

\_\_\_\_\_  
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 a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, 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.



### Parte #3: Declaración del médico (¿Se anexaron los documentos de servicio médico?) Sí No)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

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

**Autorización para divulgar información:** Autorizo al doctor que firma abajo a divulgar la información que obtuvo en mi examen o tratamiento.

Firma (Paciente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1) a. Código de diagnóstico –ICD9: \_\_\_\_\_ y la descripción de la condición concurrente \_\_\_\_\_  
Si es una fractura o dislocación, describa la naturaleza y el lugar. \_\_\_\_\_

b. ¿La condición se debe a una lesión o enfermedad causada por el trabajo del paciente?  Sí  No Si contestó "Sí", explicar: \_\_\_\_\_

c. ¿La condición se trata de un embarazo?  Sí  No Si contestó "Sí", ¿cuál es la fecha aproximada del inicio del embarazo? \_\_\_\_\_  
Tipo de parto: \_\_\_\_\_

2) a. ¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas o cuándo ocurrió el accidente? Fecha: \_\_\_\_\_

b. ¿Cuándo fue la primera consulta del paciente para esta condición? Fecha: \_\_\_\_\_

c. ¿El paciente había tenido la misma condición o una similar?  Sí  No Si contestó "Sí", diga cuando y explique. \_\_\_\_\_

3) a. Naturaleza del procedimiento quirúrgico o de obstetricia, si hubo. \_\_\_\_\_

Fecha de servicios: \_\_\_\_\_  Internos  Externos Describa totalmente e incluya los códigos actuales CPT-4: \_\_\_\_\_

b. Si se hizo en un hospital, dé el nombre del hospital y las fechas de hospitalización. \_\_\_\_\_

4) Dé las fechas de otros tratamientos médicos (no quirúrgicos), si hubo. \_\_\_\_\_

5) ¿El paciente todavía recibe atención por esa condición?  Sí  No Si contestó "No", fecha en que terminaron los servicios. \_\_\_\_\_

6) a. ¿Cuánto tiempo seguido estuvo o estará totalmente discapacitado el paciente? \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_  
Si no lo sabe, calcule la fecha de la recuperación. \_\_\_\_\_

b. ¿Es ésta una extensión de un reclamo por discapacidad previo?  Sí  No Fecha previa: \_\_\_\_\_  
Si contestó "Sí", dé la fecha hasta la cual estará totalmente discapacitado el paciente. \_\_\_\_\_

7) Hasta donde sabe, ¿el paciente tiene otra cobertura médica o plan de seguro de salud?  Sí  No Si contesta "Sí", identificar: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Use letra de imprenta) Apellido Nombre Segundo nombre

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

Identificación individual del profesional médico: \_\_\_\_\_

-----  
**¿Preguntas?** Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, 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.

## 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 "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 sobrepasar 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 Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, 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.