MEDICAL STAFFCARE

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

Administrado por Planned Administrators Inc.
Columbia, South Carolina
Form 1.628.20220729

Formulario de discapacidad a corto plazo/ prueba de pérdida

Envíe por correo a: PAI, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702

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 contestó "Sí", 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 contestó "Sí", explique: _____

_____

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 que no pudo trabajar: _____

¿El paciente había tenido la misma condición o una similar? ☐ Sí ☐ No Si contestó "Sí", ¿cuándo? Lista del nombre y dirección del doctor que lo 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 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 obtenida sólo la usará Planned Administrators, Inc. para determinar la elegibilidad para el seguro y beneficios reclamados bajo esta póliza. Doy mi permiso para que esta información se divulgue a las compañías reaseguradoras, a la Oficina 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 ya divulgada. Si no se revoca, esta autorización será válida mientras el reclamo esté pendiente pero no excederá un período de dos años a partir de la fecha que está 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.

¿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

Administrado por Planned Administrators Inc.
Columbia, South Carolina
Form 1.628.20220729

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

Nombre _____ Dirección _____

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", explique: _____

_____

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 cuándo y explique. _____

_____

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

Fecha de servicio: _____ ☐ Interno ☐ Externo Describa completamente e incluya los códigos 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", dé la 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 usted sabe, ¿el paciente tiene otra cobertura médica o plan de seguro de salud? ☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí", identifique: _____

_____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

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

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de 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 haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente ponga 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 cárcel, 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 dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga 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 haga un reclamo falso o **fraudulento** para que le paguen una pérdida quedará sujeta a penalidades civiles y criminales. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas, negaciones de **seguro** y daños civiles.

California: Para protegerle a usted, las leyes de California requieren que lo siguiente esté en este formulario. Toda persona que deliberadamente haga 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 cárcel, multas, negación de seguro y daños civiles. Las aseguradoras y los agentes de aseguradoras que den información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a los asegurados o a quienes presentan reclamos con el propósito de defraudar o de intentar defraudarlos en relación con el pago de una conciliación o de una recompensa otorgada por la aseguradora, se deben reportar a "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 una aseguradora, haga 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 defraudar a la aseguradora o a otra persona. Entre las penalidades se incluyen cárcel y/o multas. Además, las aseguradoras podrían negarle los beneficios del seguro, si el solicitante da información falsa para el reclamo.

Florida: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con 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, haga una declaración por escrito como parte de una solicitud de seguro, la calificación de una política de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa o, que con el propósito de engañar, oculte información sobre los hechos materiales, podría haber defraudado una aseguradora.

Kentucky: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga un reclamo con información falsa o, que 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 cárcel, multas y negación de los beneficios del seguro.

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

New Hampshire: Toda persona que, con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a cargos y castigos por defraudar a una aseguradora, según se indica en la sección RSA 638:20.

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

New Mexico: Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente ponga 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, con la deliberada intención de defraudar o consciente de que está contribuyendo a defraudar a una aseguradora, haga una solicitud o un reclamo con información falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude contra la aseguradora.

Pennsylvania: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga una solicitud de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa o, con el propósito de engañar oculte información sobre 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 cárcel podría subir a un máximo de cinco (5) años; y si hay circunstancias mitigantes, la cárcel 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 cárcel, multas y negación de los beneficios del seguro.

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

¿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

Administrado por Planned Administrators Inc.
Columbia, South Carolina
Form 1.628.20220729