

## **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**

# EssentialCare®

## Formulario de reclamo de gastos médicos

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.

### 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 paciente

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

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

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

Si el paciente es su hijo/a y tiene más de 18 años ¿usted lo/la mantiene?  Sí  No ¿Está discapacitado/a?  Sí  No

¿Es estudiante de tiempo completo?  Sí  No Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

### Sección 3: Información del reclamo

¿El reclamo es por  accidente o  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 todos los doctores, hospitales, proveedores de servicios médicos, farmacéuticos, empleadores, agencias de información sobre consumidores, agencias de representantes de la ley y otras agencias u organizaciones (incluyendo otras compañías de seguros, la Administración del Seguro Social, Blue Cross Blue Shield, las personas con seguro propio y los planes de salud prepagados):

Usted tiene la autorización para permitir que Planned Administrators, Inc., los Administradores de terceros y sus representantes autorizados vean y reciban copias de TODOS LOS REGISTROS incluyendo empleo, archivos policíacos, impuestos, finanzas, reclamos al seguro e historial médico relacionado a los exámenes, historia, diagnóstico, tratamiento y pronosis de toda condición física o mental incluyendo información relacionada a enfermedades mentales, tratamiento para alcoholismo o drogas, VIH (virus del SIDA) y la enfermedad de:

Escriba con letra de imprenta el nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

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 asegurado

Fecha

(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 del guardián legal

Relación con el asegurado si firma alguien que no es el asegurado

Dirección

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



Administered by Planned Administrators Inc.  
Columbia, South Carolina



Underwritten by BCS Insurance  
Company, Oakbrook Terrace, Illinois

# EssentialCare®

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

## Declaración sobre fraudes

Toda persona que deliberadamente y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las compañías de seguros o a otra persona envíe una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa podría estar cometiendo un delito y podría estar sujeta a cargos civiles o criminales.

Las leyes de algunos estados requieren que le demos la siguiente información:

### ADVERTENCIA. A toda persona que deliberadamente:

**Alaska:** y 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 y Arkansas:** presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen un beneficio o una pérdida estará sujeta a cargos civiles o criminales, o **específico para AR:** presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a encarcelamiento, (o específico para NM: a multas civiles y castigos criminales)

**California, Louisiana, New Mexico y Texas:** presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen un beneficio o una pérdida (o **específico para LA y TX:** que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro ) será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a encarcelamiento, (o **específico para NM:** a multas civiles y penalidades criminales).

**Delaware:** 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.

**Florida:** y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las compañías de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave en tercer grado.

**Idaho e Indiana:** y con la intención de defraudar o engañar a las compañías de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa (en Idaho) será culpable de un delito grave y (en Indiana) comete un delito grave.

**Kentucky, New York y Pennsylvania:** y con la intención de defraudar a las compañías de seguros o a otra persona envíe 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 a una aseguradora, lo cual es un delito, **específico para PA:** tal persona queda sujeta a cargos civiles o criminales, y **específico para NY:** 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.

**New Jersey:** presente un reclamo que contenga información falsa o engañosa quedará sujeto a penalidades civiles y criminales.

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

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

### ADVERTENCIA:

**Colorado:** Es un acto ilegal el 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 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).

**Distrito de Columbia, Tennessee y Virginia:** Es un delito dar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una aseguradora o a una compañía de seguros con el propósito de cometer fraude contra la aseguradora o a la compañía de seguro (o **específico para DC:** a cualquier otra persona.) Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, las compañías aseguradoras podrían negarle los beneficios del seguro si el solicitante da información falsa relacionada al reclamo.

**Hawaii:** El 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.

**Maine:** 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.

**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 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 RSA 638.20.



Administered by Planned Administrators Inc.  
Columbia, South Carolina



Underwritten by BCS Insurance  
Company, Oakbrook Terrace, Illinois