



Solicitud de Beneficios Médicos

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO

1. Nombre del Patrono		2. Número de Póliza/Grupo Número de la Sucursal 884001	
3. Número del Seguro Social del Empleado	4. Nombre del Empleado		5. Fecha de Nacimiento del Empleado (00/00/0000)
6. <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado Fecha Del Retiro	7. Dirección (con código postal) del Empleado <input type="checkbox"/> Dirección Nueva		8. Número de Teléfono del Empleado Durante el Día ()
9. Nombre del Paciente		10. Número del Seguro Social del Paciente	11. Fecha de Nacimiento del Paciente (00/00/0000)
13. Dirección del Paciente (si es diferente de la del empleado)		14. Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	15. ¿Estudiante de Plena Dedicación (full-time) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
18. Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)		19. ¿Está el paciente empleado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
21. ¿Están los gastos de otros miembros de la familia cubiertos por otro plan colectivo por atención de la salud o plan colectivo de pago por anticipado (Blue Cross/Blue Shield, etc.), seguro automovilístico "no fault", Medicare, o cualquier otro plan federal, estatal o del gobierno local? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		22. Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del tomador del seguro, el (los) número(s) de la póliza o del contrato y el nombre y la dirección de la compañía de seguros o del administrador.	
23. Número del Seguro Social del Miembro	24. Nombre del Miembro		25. Fecha de Nacimiento del Miembro (00/00/0000)
26. ¿Está la reclamación relacionada con un accidente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", Fecha _____ Hora _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm			27. ¿Está la reclamación relacionada con su trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
28. A todos los proveedores de atención de la salud: Ustedes están autorizados a proveer a Aetna Life Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas ("Aetna"), y a cualquier administrador de reclamaciones independiente, así como a consultantes profesionales de la salud y organizaciones dedicadas a estudiar el uso de los servicios médicos (utilization review organizations) que tienen un contrato en vigor con Aetna, la información relativa a consejos y cuidados de la salud, tratamientos o suministros dados al paciente (incluyendo los relacionados con enfermedades mentales y/o SIDA/ARC/Virus de Inmunodeficiencia Humana-HIV). Esta información será usada en la evaluación de las reclamaciones de beneficios. A los fines de la revisión de la experiencia y el funcionamiento del contrato o la póliza, Aetna puede dar al Patrono aquí mencionado el cálculo de cualquier beneficio usado en el pago de esta reclamación. Esta autorización es válida durante el período de aseguramiento de la póliza o contrato bajo el cual se somete esta reclamación. Si solicito una copia de esta autorización, a la cual tengo derecho, aceptaré una copia fotostática de ella, que es tan válida como la original. Firma del Paciente o Persona Autorizada _____ Fecha _____			
29. Yo autorizo el pago de los beneficios médicos al médico o al proveedor del servicio. Firma del Paciente o Persona Autorizada _____ Fecha _____			

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR

30. Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión (accidental) o del embarazo (última menstruación)		31. Fecha de la primera consulta por esta condición	32. Si el paciente tuvo una enfermedad o lesión similar, indique las fechas.	33. Si se trata de una emergencia, marque esta casilla <input type="checkbox"/> emergencia				
34. Fecha en que el paciente puede regresar al trabajo		35. Tiempo (fecha) de incapacidad total desde _____ hasta _____		36. Tiempo (fecha) de incapacidad parcial desde _____ hasta _____				
37. Nombre del médico que lo refirió (por ejemplo, Agencia de Salud Pública - Public Health Agency)			38. Indique las fechas de hospitalización para los servicios relacionados con hospitalización admitido _____ dado de alta _____					
39. Nombre y dirección del establecimiento donde se prestaron los servicios (que no sean la casa o el consultorio)								
40. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión (por favor, indique la causa primaria y secundaria) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____								
41. Procedimientos, Servicios Médicos, Suministros Proporcionados								
Fecha del Servicio	Lugar del Servicio*	Indique el Código del Procedimiento**	Descripción del Servicio	Tipo de Servicio †	Cargos	Días o Unidades	Código del Diagnóstico ††	Solamente Para el Uso Administrativo
42. Nombre y Dirección del Médico o Proveedor (incluya el código postal)				43. Número de Teléfono ()		44. Indique el número de identificación como contribuyente que será utilizado para los propósitos de la declaración 1099. Usted está obligado por ley a proporcionar dicho número.		
47. Firma del Médico o Proveedor				45. Número de Cuenta del Paciente		46. Total de los Cargos \$ _____ Cantidad Pagada \$ _____ Saldo por Pagar \$ _____		
						48. Fecha		

* Códigos del Lugar de Servicio:

- 1 - (IH) - Paciente del Hospital
- 2 - (OH) - Paciente Fuera del Hospital
- 3 - (O) - Oficina del Médico
- 4 - (H) - Casa del Paciente
- 5 - - Institución Psiquiátrica de Cuidados Diurnos (PSY)
- 6 - - Institución Psiquiátrica de Cuidados Nocturnos(PSY)
- 7 - (NH) - Institución de Cuidados
- 8 - (SNF) - Institución para Cuidados Especiales
- 9 - - Ambulancia
- 0 - (OL) - Otras Localidades
- A - (IL) - Laboratorio Independiente
- B - - Otras Instituciones Médicas y Quirúrgicas
- C - (RTC) - Centro Residencial de Tratamiento
- D - (STF) - Institución de Tratamientos Especiales

† Códigos por Clase de Servicios:

- 1 - Atención Médica
- 2 - Cirugía
- 3 - Consulta
- 4 - Diagnóstico con Rayos X
- 5 - Diagnóstico de Laboratorio
- 6 - Terapia de Radiación
- 7 - Anestesia
- 8 - Asistencia Quirúrgica
- 9 - Otro Servicio Médico
- 0 - Sangre o Glóbulos Rojos
- A - Uso de Equipos Médicos Perdurables
- M - Pago Intermitente por Diálisis de Mantenimiento
- Y - Segunda Opinión en Cirugía Selectiva
- Z - Tercera Opinión en Cirugía Selectiva

** Por favor, use los códigos corrientes de terminología de procedimientos quirúrgicos

†† Por favor, use ICD-9-CM por diagnóstico de alta



Beneficios Médicos - Instrucciones para la Solicitud de Reclamación

Aviso: Es considerado un delito proveer información falsa o engañosa a cualquier compañía aseguradora con el propósito de defraudar al asegurador o a cualquier otra persona. Las penalidades pueden incluir encarcelamiento y/o multas. Además, un asegurador puede denegar cobertura si el solicitante provee información falsa, que está esencialmente relacionada con una reclamación.

Residentes de California: Para su protección, una ley del estado de California exige se le informe sobre lo siguiente: Todo individuo que a sabiendas y con intención de defraudar o burlar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga una declaración esencialmente falsa o engañosa o en la que se omitan hechos o datos, habrá cometido un delito y podría estar sujeto a multas, encarcelamiento en una prisión estatal y ser sometido a penalidades impuestas por las leyes de derecho civil.

Residentes de Colorado: Un asegurador o agente que a sabiendas proporciona información falsa o engañosa para defraudar a la persona que presentó la reclamación acerca de los beneficios del seguro deberá ser denunciado a la Superintendencia de Seguros.

Residentes de Pennsylvania: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o someta una solicitud de reclamación de beneficios que contenga información falsa o encubre, con la intención de engañar, información sobre hechos fundamentales, habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia dicha persona será sometida a penalidades impuestas por las leyes de derecho penal y civil.

ATENCIÓN: LAS SOLICITUDES DE RECLAMACIÓN QUE ESTÉN INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS POR FALTA DE INFORMACIÓN. ESTO ATRASARÁ EL PROCESO DE LA RECLAMACIÓN. PARA UNA MÁS RÁPIDA Y FÁCIL PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN, EL PROVEEDOR PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON EL CENTRO DE PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES DE AETNA (AETNA CLAIM PROCESSING CENTER) PARA SOLICITAR INFORMACIÓN DE COMO PRESENTAR UNA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN ELECTRÓNICA.

AL EMPLEADO

1. Llene por completo las secciones del uno (1) al veintisiete (27). Esté seguro de firmar la autorización para proveer información (casilla #28).
2. Si usted desea que el pago de sus beneficios sea hecho directamente a su médico o proveedor del servicio, firme la casilla #29.
3. Si usted presentó un formulario de reclamaciones por beneficios a otro plan, incluyendo Medicare, adjunte una copia de las facturas que presentó al otro plan y la explicación de los beneficios que recibió del otro plan.
4. Adjunte las facturas detalladas o pida al proveedor de atención médica que complete la sección correspondiente al reverso. Las facturas deben incluir:
 - el nombre del paciente
 - la fecha del servicio
 - la condición que está siendo tratada
 - el parentesco con el empleado
 - el tipo de servicio brindadoSi falta esta información, escríbala en la factura y firme su nombre.
5. Si las medicinas bajo receta están cubiertas bajo su plan, presente los recibos o un formulario de Datos Sobre Medicinas Bajo Receta (Prescription Drug Record form). Los recibos deberán mostrar:
 - el nombre de la medicina
 - la dosis/por día
 - el costo
 - la fecha de compra
 - la naturaleza de la enfermedad o lesión
 - la potencia
 - el número de la receta
 - la cantidad
 - el nombre del médico
 - el nombre/dirección de la farmaciaEsta información puede ser obtenida de la etiqueta de la medicina.
6. Conserve copias de sus facturas para su archivo.
7. Envíe la solicitud de beneficios completada y sus facturas a la oficina de Aetna Life Insurance Company que le presta los servicios a su patrono.

AL MÉDICO O PROVEEDOR

1. Llene por completo las secciones del treinta (30) al cuarenta y ocho (48).
2. Si el empleado indica que los beneficios deben ser pagados directamente al médico o proveedor, entonces estos beneficios serán enviados directamente a usted y el empleado recibirá una copia que contiene dichas transacciones.