

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Luisiana, Rhode Island y Virginia Occidental: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión. **Atención residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que este formulario contenga el siguiente aviso:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Atención residentes de Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro. **Atención residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas y de manera deliberada, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión. **Atención residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Nueva York:**

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones. **Atención residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Ohio:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, es culpable de fraude de seguro. **Atención residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención residentes de Oregón:** Toda persona que, con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para obtener un pago por una pérdida u otro beneficio, o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y, si es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000); o será encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ser aumentado a un máximo de cinco (5) años, y si existen circunstancias atenuantes, el período de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

NOTA: LOS FORMULARIOS DE RECLAMO INCOMPLETOS LE SERÁN DEVUELTOS PARA QUE LLENE LA INFORMACIÓN FALTANTE. ESTO DEMORARÁ EL PROCESAMIENTO DEL RECLAMO. PARA UNA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS MÁS RÁPIDA Y FÁCIL, EL PROVEEDOR PUEDE COMUNICARSE CON EL CENTRO DE PROCESAMIENTO DE RECLAMOS DE AETNA PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DE RECLAMOS.

PARA EL EMPLEADO:

1. Complete los puntos 1 a 19.

2. Complete los puntos 20 a 24 sólo si tiene otra cobertura médica.

3. Asegúrese de firmar la autorización de divulgar información en el bloque 25.

4. Si desea que los beneficios de éste reclamo se le paguen directamente a su médico o proveedor, firme el bloque 26.

5. Si ha presentado una solicitud de beneficios a otro plan, incluyendo Medicare, adjunte una copia de las facturas que presentó al otro plan y la explicación de beneficios que recibió del otro plan.

6. Adjunte las facturas detalladas o pida al proveedor médico que complete la sección correspondiente en la parte de atrás. Las facturas deben incluir:

- nombre del paciente
- las condiciones que se están tratando
- tipo de servicio(s) brindado
- fecha(s) de servicio(s)
- parentesco al empleado

Si está información falta, escríbala en la factura y firme su nombre.

7. Si su plan tiene cobertura de farmacia, presente los recibos o un formulario de registro de medicamentos bajo receta. El recibo debe contener:

- nombre del medicamento
- dosis
- dosis por día
- número de la receta médica
- cargo
- cantidad
- fecha de compra
- nombre del médico
- naturaleza de la enfermedad o lesión
- nombre y dirección de la farmacia

Esta información puede ser copiada del frasco o caja de medicamentos.

8. Guarde copias de sus facturas para sus archivos.

9. Envíe la solicitud de beneficios completada y las facturas a:

SRC, an Aetna Company
Attn: Claim Department
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Fax to: 1-859-455-8650
Phone: 1-888-772-9682

PARA EL MÉDICO O PROVEEDOR

1. Complete los puntos 27 a 46.

2. Si el empleado indica que los beneficios deben pagarse directamente al médico o proveedor, los beneficios le serán enviados directamente a usted con una copia informativa de las transacciones del empleado.



Solicitud de beneficios médicos

Envíe por correo a:
SRC, an Aetna Company
Attn: Claim Department
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Por fax a: 1-859-455-8650
Teléfono: 1-888-772-9682

DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO

| | | | |
|---|---|---|--|
| 1. Nombre de empleador | | 2. Número de póliza/grupo | |
| 3. Número de identificación de Aetna del empleado | 4. Nombre de empleado | | 5. Fecha de nacimiento de empleado (MM/DD/AAAA) |
| 6. <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado Fecha de jubilación | 7. Dirección de empleado (incluir código postal) <input type="checkbox"/> Nueva dirección | | 8. Número de teléfono de empleado () |
| 9. Nombre del paciente | 10. Número de identificación de Aetna del paciente | 11. Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA) | 12. Parentesco del paciente al empleado <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro |
| 13. Dirección del paciente (si es distinto del empleado) | | | 14. Género del paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |
| 15. Estado civil del paciente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero | 16. ¿El paciente tiene empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | 17. Nombre y dirección de empleador | |
| 18. ¿El reclamo esta relacionado a un accidente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si sí, fecha _____ hora _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. | | | 19. ¿El reclamo está relacionado con el empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 20. ¿Son cubiertos los gastos de los familiares por otro plan médico de grupo, plan de prepago de grupo (Blue Cross-Blue Shield, etc), seguros automovilísticos sin culpa, Medicare o cualquier plan del gobierno federal, estatal o local? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | 21. Si sí, indique la póliza o titular del contrato, póliza o números de contrato y nombre y dirección de la compañía o administrador de seguros: | |
| 22. Número de identificación del miembro | 23. Nombre del miembro | 24. Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA) | |
| 25. A todos los proveedores médicos: Se le autoriza proporcionar a Aetna Life Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas ("Aetna"), y a cualquier administrador independiente de reclamos y profesionales médicos consultores, así como organizaciones de revisión de uso con los que Aetna tenga un contrato, información relativa al consejo, tratamiento o suministros médicos provistos al paciente (incluyendo aquellos relacionados con la enfermedad mental y/o SIDA/ARC/VIH). Esta información será usada para evaluar los reclamos de beneficios. Aetna puede proporcionar al empleador nombrado arriba cualquier cálculo de beneficios usado para el pago de este reclamo con el fin de revisar la experiencia y operación de la póliza o contrato. Esta autorización es válida por el plazo de la póliza o contrato bajo el cual se ha presentado un reclamo. Sé que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización a solicitud y estoy de acuerdo con que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Firma del paciente o persona autorizada _____ Fecha _____ | | | |
| 26. Yo autorizo el pago de los beneficios médicos al médico o proveedor de servicio. Firma del paciente o persona autorizada _____ Fecha _____ | | | |

DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR

| | | | |
|--|--|---|--|
| 27. Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión (accidente) o embarazo) | 28. Fecha de primera consulta por esta condición | 29. Si el paciente ha tenido enfermedades o lesiones similares, indique las fechas | 30. Si tiene una emergencia, marque aquí <input type="checkbox"/> emergencia |
| 31. Fecha en que el paciente podrá regresar al trabajo | 32. Fecha de incapacidad total de a | 33. Fecha de incapacidad parcial de a | |
| 34. Nombre del médico que emitió la referencia médica (por ejemplo, Agencia de Salud Pública) | | 35. Para los servicios relacionados con la hospitalización, indique las fechas de hospitalización admisión alta | |
| 36. Nombre y dirección del centro médico donde se prestaron los servicios (si difiere de la residencia u oficina) | | | |
| 37. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión (favor indicar primario y secundario) 1. 2. 3. 4. | | | |

38. Procedimientos, servicios médicos, suministros proporcionados

| Fecha de servicio | Lugar de servicio | Identifique el código de procedimiento** | Descripción de servicios | Tipo de servicio † | Cargos | Dí a o unidades | Código de diagnóstico †† | Solamente para uso administrativo |
|-------------------|-------------------|--|--------------------------|--------------------|--------|-----------------|--------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 39. Nombre y dirección del médico (incluir código postal) | 40. Número de teléfono () | 41. Ingrese el número de identificación tributaria que se usará para fines de la declaración 1099. Por ley, usted debe proporcionar su número de identificación tributaria. |
| | 42. Número de cuenta del paciente | 43. Cargo total \$ _____ Monto pagado \$ _____ Saldo por pagar \$ _____ |
| 44. Firma del médico o proveedor | 45. Identificador de proveedor nacional | 46. Fecha |

*** Códigos para los lugares de servicios:**

- | | |
|--|---|
| 1 - (IH) - Hospitalización | 8 - (SNF) - Establecimiento de enfermería especializada |
| 2 - (OH) - Hospital ambulatorio | 9 - - Ambulancia |
| 3 - (O) - Visita al consultorio | 0 - (OL) - Otra ubicación |
| 4 - (H) - Residencia del paciente | A - (IL) - Laboratorio independiente |
| 5 - - Centro de cuidado de día (PSY) | B - - Otro centro médico quirúrgico |
| 6 - - Centro de cuidado de noche (PSY) | C - (RTC) - Centro de tratamiento residencial |
| 7 - (NH) - Hogar de ancianos | D - (STF) - Centro médico de tratamiento especializado |

† Códigos para los tipos de

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1 - Atención médica | 8 - Asistencia en cirugía |
| 2 - Cirugía | 9 - Otro servicio médico |
| 3 - Consultación | 0 - Sangre o glóbulos rojos empacados |
| 4 - Radiografía diagnóstica | A - Equipo médico duradero usado |
| 5 - Laboratorio diagnóstico | M - Pago alternativo por diálisis de mantenimiento |
| 6 - Radioterapia | Y - Segunda opinión por cirugía electiva |
| 7 - Anestesia | Z - Tercera opinión por cirugía electiva |

** Por favor use los códigos actuales correspondientes a la terminología de los procedimientos en caso de cirugía.

†† Por favor use ICD-9-CM para el diagnóstico de alta