

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Arkansas, Louisiana y West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio, o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento.

Atención residentes de California: toda persona que conscientemente presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal.

Atención residentes de Colorado: Proporcionar información falsa, incompleta o hechos o información engañosos a sabiendas a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía es un acto ilegal. Las sanciones correspondientes pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o apoderado de una compañía de seguros que proporcione información falsa, incompleta o hechos o información engañosos al titular de una póliza o reclamante, a sabiendas, con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en relación a un convenio o adjudicación de pago por los recaudos del seguro, será reportado a la División de Seguros de Colorado del departamento de agencias reguladoras.

Atención residentes de Florida: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar al asegurador presente una declaración de un reclamo o solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito de tercer grado.

Atención residentes de Kansas: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente un formulario de inscripción de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá violado la ley del Estado.

Atención residentes de Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Maine y Tennessee: La proporción de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía es un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de 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 sujeto a multas y reclusión en una prisión.

Atención residentes de New Jersey: Cualquier persona que incluya cualquier información falsa o engañosa en una solicitud de seguro o, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa, quedará sujeta a sanciones penales o civiles.

Atención residentes de North Carolina: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Ohio y Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador hace una declaración para recibir beneficios de una póliza de seguros con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito mayor.

Atención residentes de Oregon: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá violado la ley del Estado.

Atención residentes de Puerto Rico: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o induzca a presentar un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presenta más de un reclamo por la misma pérdida o daño, estará cometiendo un delito mayor y si se le dictamina culpable será sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000); o con encarcelamiento durante un período fijo de tres (3) años, o con ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias mitigantes, el período de encarcelamiento podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Atención residentes de Vermont: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Washington: La proporción de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de 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:

- Complete los puntos 1 a 22.
- Complete los puntos 23 a 27 sólo si tiene otra cobertura médica.
- Asegúrese de firmar la autorización de divulgar información en el bloque (28).
- Si desea que los beneficios de éste reclamo se le paguen directamente a su médico o proveedor, firme el bloque (29).
- 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.
- 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.

- 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.

- Guarde copias de sus facturas para sus archivos.

- 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

- Complete los puntos 30 a 49.
- 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. Alumno de tiempo completo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	16. Fecha de graduación esperada del paciente
17. Nombre de la escuela y Ciudad	20. Nombre y dirección de empleador		
18. Estado civil del paciente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	19. ¿El paciente tiene empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		22. ¿El reclamo está relacionado con el empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
21. ¿El reclamo está 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.		24. 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:	
23. ¿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		25. Número de identificación del miembro	
26. Nombre del miembro		27. Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)	
28. 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/IH). 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 _____			
29. 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

30. Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión (accidente) o embarazo)		31. Fecha de primera consulta por esta condición	32. Si el paciente ha tenido enfermedades o lesiones similares, indique las fechas	33. Si tiene una emergencia, marque aquí <input type="checkbox"/> emergencia				
34. Fecha en que el paciente podrá regresar al trabajo		35. Fecha de incapacidad total de a	36. Fecha de incapacidad parcial de a					
37. Nombre del médico que emitió la referencia médica (por ejemplo, Agencia de Salud Pública)			38. Para los servicios relacionados con la hospitalización, indique las fechas de hospitalización admisión alta					
39. Nombre y dirección del centro médico donde se prestaron los servicios (si difiere de la residencia u oficina)								
40. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión (favor indicar primario y secundario) 1. 2. 3. 4.								
41. Procedimientos, servicios médicos, suministros proporcionados								
Fecha de servicio	Lugar de servicio	Identifique el código de procedimiento**	Descripción de servicios	Tipo de servicio †	Cargos	Días o unidades	Código de diagnóstico ††	Solamente para uso administrativo
42. Nombre y dirección del médico (incluir código postal)			43. Número de teléfono ()	44. 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.				
45. Número de cuenta del paciente			46. Cargo total \$ _____ Monto pagado \$ _____ Saldo por pagar \$ _____					
47. Firma del médico o proveedor			48. Identificador de proveedor nacional		49. Fecha			

* Códigos para los lugares de servicios:

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

† Códigos para los tipos de

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