

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 los beneficios que recibió del otro plan.
6. Los formularios incompletos demorará el pago del reclamo.
7. Envíe la solicitud de beneficios completada y las facturas 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

PARA EL MÉDICO

1. Complete los puntos 27 a 41.
2. Si el empleado indica que los beneficios deben pagarse directamente al médico, los beneficios le serán enviados directamente a usted con una copia informativa de las transacciones del empleado.

PARA EL PROVEEDOR

1. Complete los puntos 42 a 52.
2. Si el empleado indica que los beneficios deben pagarse directamente al proveedor, los beneficios le serán enviados directamente a usted con una copia informativa de las transacciones del empleado.



Solicitud de beneficios para la vista

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 o de Seguro Social 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 o de Seguro Social 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 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.	
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 de Aetna o de Seguro Social 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. Nombre y dirección del médico (incluir código postal)		28. Número de teléfono ()		29. 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.																															
30. Identificador de proveedor nacional		31. Puesto <input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> D.O. <input type="checkbox"/> O.D.		32. Fecha de examen																															
33. ¿Se ha efectuado cirugía de catarata? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		34. ¿Se puede restaurar la agudeza visual a un 20/70 en el mejor ojo con lentes convencionales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		35. ¿Requiere el paciente un cambio de graduación en este momento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																															
36. Código de diagnóstico _____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____																																			
37. Indique el diagnóstico o la naturaleza de la enfermedad o lesión o trastorno de la vista, indique los números de código del procedimiento					38. Agudeza visual corregida a:																														
39. Receta médica del médico			40. Servicios profesionales																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Esfera</th> <th>Cilindro</th> <th>Eje</th> <th>Prismo</th> <th>Base</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.E. •</td> <td>•</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L.E. •</td> <td>•</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Agregar leer</td> <td>R.E.</td> <td>+ •</td> <td>L.E.</td> <td>+ •</td> </tr> </tbody> </table>			Esfera	Cilindro	Eje	Prismo	Base	R.E. •	•				L.E. •	•				Agregar leer	R.E.	+ •	L.E.	+ •	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Monto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Examen (HCPC/CPT)</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Impuestos sobre ventas (si la hay)</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Cargo total</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Monto pagado por el paciente</td> <td>\$ </td> </tr> </tbody> </table>				Monto	Examen (HCPC/CPT)	\$	Impuestos sobre ventas (si la hay)	\$	Cargo total	\$	Monto pagado por el paciente	\$
Esfera	Cilindro	Eje	Prismo	Base																															
R.E. •	•																																		
L.E. •	•																																		
Agregar leer	R.E.	+ •	L.E.	+ •																															
	Monto																																		
Examen (HCPC/CPT)	\$																																		
Impuestos sobre ventas (si la hay)	\$																																		
Cargo total	\$																																		
Monto pagado por el paciente	\$																																		
41. Certifico que los procedimientos y fechas indicadas han sido completados y que los cargos presentados son los cargos reales que le he cobrado a este paciente y que tengo la intención de aceptar por dichos procedimientos. Firma del médico _____ Fecha _____																																			

Nota: En vez de que el proveedor complete esta sección, se puede adjuntar la factura del laboratorio. El proveedor debe firmar este formulario, ingresar el monto pagado por el paciente.

42. Nombre y dirección del proveedor (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. Identificador de proveedor nacional		46. Puesto <input type="checkbox"/> Oculista <input type="checkbox"/> Optometrista <input type="checkbox"/> Oftalmólogo		47. Fecha <input type="checkbox"/> Pedido _____ <input type="checkbox"/> Entrega _____	
48. Material suministrado <input type="checkbox"/> Vidrio <input type="checkbox"/> Plástico <input type="checkbox"/> Extra grande <input type="checkbox"/> Tinte # _____ <input type="checkbox"/> Par <input type="checkbox"/> 1/2 Par <input type="checkbox"/> Otro _____		49. Tipo de lentes dispensados: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Simple (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Bifocal (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Trifocal (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Lenticular (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Lentes de contacto (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Lentes de sol (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Otro (especifique abajo) (HCPC/CPT) _____		50. Si son lentes de contacto, por favor llenar <input type="checkbox"/> Terapéutico (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> No terapéutico (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Lentes de contacto duros (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Lentes de contacto blandos (HCPC/CPT) _____	
51. Servicios profesionales		51a. Si son para monturas, por favor llenar <input type="checkbox"/> Monturas (HCPC/CPT) _____		51. Servicios profesionales	
Carga por lentes		Carga por monturas		Monto	
\$		\$		\$	
Opcional		Lentes		\$	
		Montura		\$	
Tarifa dispensada		Lentes		\$	
		Montura		\$	
Impuestos sobre ventas (si la hay)		Total		\$	
				\$	
Monto pagado por el paciente				\$	
52. Certifico que he efectuado los servicios indicados y que los cargos presentados son los cargos reales que le he cobrado a este paciente y que tengo la intención de aceptar por dichos procedimientos. Firma del proveedor _____ Fecha _____					