



Beneficios para la vista: Instrucciones de reclamo

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

1. Complete los puntos 1 a 22.
2. Complete los puntos 23 a 27 sólo si tiene otra cobertura médica.
3. Asegúrese de firmar la autorización de divulgar información en el bloque (28).
4. Si desea que los beneficios de éste reclamo se le paguen directamente a su médico o proveedor, firme el bloque (29).
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 30 a 44.
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 45 a 55.
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. 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																																								
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		20. Nombre y dirección de empleador																																									
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.			22. ¿El reclamo está relacionado con el empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																																										
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			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:																																										
25. Número de identificación de Aetna o de Seguro Social 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/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 _____																																													
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. Nombre y dirección del médico (incluir código postal)		31. Número de teléfono ()		32. 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.																																									
33. Identificador de proveedor nacional		34. Puesto <input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> D.O. <input type="checkbox"/> O.D.		35. Fecha de examen																																									
36. ¿Se ha efectuado cirugía de catarata? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		37. ¿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		38. ¿Requiere el paciente un cambio de graduación en este momento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí																																									
39. Código de diagnóstico _____; _____; _____; _____																																													
40. Indique el diagnóstico o la naturaleza de la enfermedad o lesión o trastorno de la vista, indique los números de código del procedimiento				41. Agudeza visual corregida a:																																									
42. Receta médica del médico					43. 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>Examen (HCPC/CPT)</th> <th>Monto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</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>	Examen (HCPC/CPT)	Monto	_____	\$	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.	+ •																																									
Examen (HCPC/CPT)	Monto																																												
_____	\$																																												
Impuestos sobre ventas (si la hay)	\$																																												
Cargo total	\$																																												
Monto pagado por el paciente	\$																																												
44. 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.																																													
45. Nombre y dirección del proveedor (incluir código postal)		46. Número de teléfono ()		47. 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.																																									
48. Identificador de proveedor nacional		49. Puesto <input type="checkbox"/> Oculista <input type="checkbox"/> Optometrista <input type="checkbox"/> Oftalmólogo		50. Fecha <input type="checkbox"/> Pedido _____ <input type="checkbox"/> Entrega _____																																									
51. 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 _____		52. 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) _____																																											
53. 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) _____		54. Servicios profesionales																																											
53a. Si son para monturas, por favor llenar <input type="checkbox"/> Monturas (HCPC/CPT) _____		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cargo por lentes</th> <th>Monto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Cargo por monturas</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Opcional Lentes</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Montura</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Tarifa dispensada Lentes</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Montura</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Impuestos sobre ventas (si la hay)</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Monto pagado por el paciente</td> <td>\$ </td> </tr> </tbody> </table>		Cargo por lentes	Monto	_____	\$	Cargo por monturas	\$	Opcional Lentes	\$	Montura	\$	Tarifa dispensada Lentes	\$	Montura	\$	Impuestos sobre ventas (si la hay)	\$	Total	\$	Monto pagado por el paciente	\$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cargo por lentes</th> <th>Monto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Cargo por monturas</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Opcional Lentes</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Montura</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Tarifa dispensada Lentes</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Montura</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Impuestos sobre ventas (si la hay)</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$ </td> </tr> <tr> <td>Monto pagado por el paciente</td> <td>\$ </td> </tr> </tbody> </table>		Cargo por lentes	Monto	_____	\$	Cargo por monturas	\$	Opcional Lentes	\$	Montura	\$	Tarifa dispensada Lentes	\$	Montura	\$	Impuestos sobre ventas (si la hay)	\$	Total	\$	Monto pagado por el paciente	\$
Cargo por lentes	Monto																																												
_____	\$																																												
Cargo por monturas	\$																																												
Opcional Lentes	\$																																												
Montura	\$																																												
Tarifa dispensada Lentes	\$																																												
Montura	\$																																												
Impuestos sobre ventas (si la hay)	\$																																												
Total	\$																																												
Monto pagado por el paciente	\$																																												
Cargo por lentes	Monto																																												
_____	\$																																												
Cargo por monturas	\$																																												
Opcional Lentes	\$																																												
Montura	\$																																												
Tarifa dispensada Lentes	\$																																												
Montura	\$																																												
Impuestos sobre ventas (si la hay)	\$																																												
Total	\$																																												
Monto pagado por el paciente	\$																																												
55. 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 _____																																													