aetna®

Solicitud de beneficios para planes voluntarios de Aetna

Uso interno	
Código de categoría	VPCF
Código de la oficina	128

☐ **Plan de beneficios fijos** ☐ **Plan de hospital**

DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO

1. Nombre del empleador	2. Número de grupo/póliza	3. Número de identificación de Aetna del empleado
4. Nombre del empleado	5. Fecha de nacimiento del empleado *(MM/DD/AAAA)*	6. ☐ Activo ☐ Jubilado Fecha de jubilación
7. Dirección del empleado (incluir código postal) ☐ Dirección nueva		8. Número de teléfono durante el día del empleado ( )

9. Nombre del paciente	10. Número de identificación de Aetna del paciente	11. Fecha de nacimiento del paciente *(MM/DD/AAAA)*	12. Relación del paciente con el empleado ☐ Empleado ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro
13. Dirección del paciente (si es diferente de la del empleado)			14. Sexo del paciente ☐ Masculino ☐ Femenino

15. Estado civil del paciente ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a)	16. ¿El paciente está empleado? ☐ No ☐ Sí	17. Nombre y dirección del empleador
18. ¿El reclamo está relacionado con un accidente? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, fecha _____ hora _____ ☐ a. m. ☐ p. m.		19. ¿El reclamo está relacionado con el empleo? ☐ No ☐ Sí

20. ¿Los gastos de algún miembro de la familia están cubiertos por otro plan de salud de grupo, plan prepago de grupo (Blue Cross, Blue Shield, etc.), seguro para automotor sin culpabilidad, Medicare u otro plan gubernamental local, estatal o federal? ☐ No ☐ Sí	21. En caso afirmativo, mencione el titular del contrato o de la póliza, número(s) de contrato(s) o póliza(s) y nombre/dirección de la compañía de seguros o del administrador

22. Número de identificación (ID) del miembro	23. Nombre del miembro	24. Fecha de nacimiento del miembro *(MM/DD/AAAA)*

25. Para todos los proveedores de atención de salud:
Usted está autorizado a brindar información referida al asesoramiento sobre atención de salud, tratamiento o suministros provistos al paciente (incluyendo la información relacionada con enfermedad mental o sida/ARC/VIH) a Aetna Life Insurance Company o a alguna de sus compañías afiliadas ("Aetna"), a cualquier administrador de reclamos independiente, a profesionales de asesoramiento de la salud y a organizaciones de revisión de utilización, con quienes Aetna tiene contratos. Esta información se utilizará para evaluar reclamos de beneficios. Aetna puede proporcionar al empleador mencionado anteriormente cualquier cálculo de beneficio utilizado en el pago de este reclamo con el propósito de revisar la experiencia y operación de la póliza o del contrato. Esta autorización es válida durante el plazo de la póliza o del contrato bajo el cual se presentó un reclamo. Conozco mi derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito y estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original.

Firma del paciente o de la persona autorizada _____ Fecha _____

26. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor del servicio.

Firma del paciente o de la persona autorizada _____ Fecha _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO, CENTRO O PROVEEDOR

27. Nombre y dirección del centro donde se prestan los servicios	**28.** Para servicios relacionados con hospitalización proporcione fechas de internación Fecha de admisión: Fecha de alta:	**29**. Tipo de factura (111 / 131)

30. Códigos de diagnóstico o ICDP

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

1. Naturaleza de la enfermedad o lesión:

Para **reclamos de planes voluntarios o de hospital de Aetna**: Adjunte la factura detallada o un formulario UB04 del hospital. Al presentar un reclamo de un plan voluntario o de hospital de Aetna, se requiere la siguiente información: **a.** Nombre del paciente. **b.** Fecha de admisión. **c.** Fecha de alta. **d.** Código de diagnóstico. **e.** Número de días de internación.

Nota: Si presenta una factura detallada sin los códigos de diagnóstico, el centro deberá presentar un formulario UB04 o deberá firmar este documento e indicar los códigos de diagnóstico. Si el período que figura en el UB04 no coincide con los días de habitación y comida del formulario de reclamo, se deberá presentar una factura detallada.

31. PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR: PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS MÉDICOS PRESTADOS

Fecha de Servicio	Lugar del servicio	Código de procedimiento	Descripción del servicio	Tipo de servicio	Cargos	Días o unidades	Código de diagnóstico	Resumen de cargos
								Cargo total: $
								Monto pagado: $
								Saldo adeudado: $

32. PARA SER COMPLETADO POR EL CENTRO, MÉDICO O PROVEEDOR

Nombre y dirección del médico, dentista o proveedor (incluya el código postal)	Número de cuenta del paciente	Número de teléfono ( )
	Número de identificación de contribuyente	Identificador nacional del proveedor
	Firma del médico, dentista o proveedor	Fecha

aetna®

Solicitud de beneficios para planes voluntarios de Aetna

Uso interno	
Código de categoría	VPCF
Código de la oficina	**128**

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.
Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental**: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California**: ***Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación.*** *Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la 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, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con 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 alguna 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 alguna compañía de seguros o a otra persona, presente 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 de fraude al seguro, lo cual constituye un delito. **Atención, residentes de Luisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **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 consistir en arresto, multas o la denegación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Misuri**: 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, negación de seguro y daños y perjuicios, según lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defrauda o engaña a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **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 alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona 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, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al 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, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 alguna 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 de fraude al seguro. Esto 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 recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona 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). También podrá ser encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender 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 COMPLETE LA INFORMACIÓN FALTANTE. ESTO DEMORARÁ EL PROCESO 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 REFERIDA A LA PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DE RECLAMOS.

PARA EL MÉDICO O PROVEEDOR

1. Complete desde el punto 27 hasta el 32 en su totalidad.
2. Si el empleado indica que los beneficios deben pagarse directamente al médico o proveedor, estos beneficios le serán enviados directamente a usted junto con una copia informativa de las transacciones al empleado.

PARA EL EMPLEADO

1. Complete desde el punto 1 hasta el 24 en su totalidad.
2. Asegúrese de firmar la autorización para divulgar información en el casillero 25.
3. Para **reclamos de planes voluntarios de hospital de Aetna**: Adjunte la factura detallada o un formulario UB04 del hospital. Al presentar un reclamo de un plan voluntario de hospital de Aetna, se requiere la siguiente información: **a.** Nombre del paciente. **b.** Fecha de admisión. **c.** Fecha de alta. **d.** Código de diagnóstico. **e.** Número de días de internación.

Nota: Si presenta una factura detallada sin los códigos de diagnóstico, el centro deberá presentar un formulario UB04 o deberá firmar este documento e indicar los códigos de diagnóstico. Si el período que figura en el UB04 no coincide con los días de habitación y comida del formulario de reclamo, se deberá presentar una factura detallada.

4. Si desea que sus beneficios por este reclamo se paguen directamente a su médico o proveedor, firme en el casillero 26.
5. Adjunte las facturas detalladas o pídale a su proveedor de salud que complete las secciones correspondientes a partir del casillero 27 de este documento. Estas facturas deben incluir lo siguiente: **a.** Nombre del paciente. **b.** Afección que se está tratando. **c.** Tipo(s) de servicio(s) prestado(s). **d.** Fecha(s) del(de los) servicio(s). **e.** Relación que tiene con el empleado.

Nota: Si esta información no está incluida en la factura, escríbala y fírmela.

6. Si su plan cubre medicamentos con receta, presente los recibos o un formulario de registro de medicamentos recetados. El recibo debe incluir lo siguiente: **a.** Nombre del medicamento. **b.** Fecha de compra. **c.** Número de receta. **d.** Nombre y dirección de la farmacia. **e.** Dosis por día. **f.** Naturaleza de la enfermedad o lesión. **g.** Cantidad. **h.** Cargo. **i.** Concentración. **j.** Nombre del médico.

Nota: Esta información se puede copiar de la caja o frasco del medicamento.

7. Conserve las copias de sus facturas para su información.
8. Envíe la solicitud de beneficios completa y las facturas a la siguiente dirección:

Aetna Voluntary Plans
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

Fax: 1-859-455-8650
Teléfono: 866-292-3374