

SOLICITUD DE REEMBOLSO MÉDICO DENTAL**Para completar el formulario, favor leer instrucciones.**

SECCIÓN A - INFORMACIÓN DEL ASEGURADO/PACIENTE			
Núm. de contrato	Nombre del asegurado/paciente	Inicial	Apellidos del asegurado/paciente
Dirección postal (Urb. # de Calle, Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Número de grupo	Nombre del grupo	Fecha de nacimiento ___/___/___ mes día año	
Número de teléfono de residencia	Número de fax	Número de teléfono alterno	
SECCIÓN B - INFORMACIÓN DE OTRO PLAN/COORDINACIÓN DE BENEFICIOS		SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN (si aplica)	
¿El asegurado tiene otro plan de salud? [] Sí [] No		La condición o lesión se relaciona a	
Nombre del plan de salud	Fecha de efectividad	[] Accidente del trabajo	
Núm. de póliza/contrato		[] Accidente de automóvil	
¿Qué tipo de cubierta tiene con el otro plan? [] Individual [] Pareja [] Familiar		[] Otro accidente, explique	
¿Qué cubierta de beneficios tiene con el otro plan?		Fecha del accidente ___/___/___	
[] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión		(mes/ día /año)	
Núm. de teléfono del plan		¿Cómo ocurrió el accidente?	
¿Tiene Medicare? [] Sí [] No [] Parte A [] Parte B [] Parte D			
Número de Medicare (HICN)			
SECCIÓN D - AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO/PACIENTE			
Certifico que la información ofrecida en este formulario de trámite es correcta y completa. Autorizo a cualquier médico, hospital u otra instalación de servicios médicos a proveer información que MCS requiera para el análisis de esta petición de reembolso.			
Firma del asegurado o representante autorizado		Fecha	

INSTRUCCIONES**I. FAVOR LEER ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Use este formulario para solicitar reembolso de gastos médicos y dentales cubiertos e incurridos por proveedores no participantes en los casos que aplique.

Si usted reclama gastos para más de un miembro de su familia, favor de utilizar un formulario de reclamación por cada miembro. Si usted reclama gastos para más de un proveedor (médico, hospital, laboratorio), debe adjuntar el recibo oficial por cada proveedor que prestó servicios.

Complete los encasillados del formulario de trámite para reembolso. Incluya recibos detallados, en original, para todos los servicios o suplidos reclamados.

Los recibos para reembolso **tienen** que ser legibles y **tienen** que incluir la siguiente información:

A. Recibo original Oficial- El recibo original oficial **tiene** que tener el logo o sello del proveedor del servicio. Dicho recibo **tiene** que contener el nombre del proveedor, dirección, teléfono y especialidad.

B. Número de identificación nacional de proveedor (National Provider Identifier, NPI) o uno de los siguientes números:

1. Identificación Patronal
2. Licencia Estatal

C. Nombre completo de la persona que recibió el servicio.

D. Fecha de servicio (mes / día / año)

E. Descripción del servicio. Si el recibo es por más de un servicio, cada servicio tiene que ser desglosado. Los recibos de laboratorio deben especificar todas las pruebas realizadas al paciente.

F. Indicar el código de servicio y descripción del diagnóstico (número que identifica el diagnóstico - ICD-10).

G. Indicar el costo pagado de cada servicio desglosado.

H. El recibo deberá indicar el diente o la pieza trabajada (**sólo aplica a Dental**).

I. Incluir lado de la pieza trabajada. Cada superficie tiene tarifa por separado (**sólo aplica a Dental**).

Nota: Recibos individuales de caja, cheques cancelados, recibos de giros, desgloses personales y facturas que indiquen solamente "Balance Pendiente" **no son aceptables**.

Formularios que no contengan la información solicitada podrían retrasar el procesamiento de su reembolso o ser devueltos a usted.

Puede enviar formulario por correo a: MCS, PO BOX 9023547 San Juan PR 00902-3547. También puede entregarlos personalmente en: MCS Plaza, Suite 105.

Si tiene alguna pregunta en relación a cómo completar este formulario o alguna pregunta relacionada, favor de comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-281-2800 (Área Metro) ó al 1-888-758-1616 (Libre de Cargos) en horario de lunes a viernes de 7:30 am a 10:00 pm y los sábados de 8:00 am a 4:30 pm.

II. NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario, una vez completado, contiene información privilegiada y confidencial por lo que la información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Si usted recibe la misma por equivocación o error, no está autorizado a revisar, divulgar, diseminar, distribuir o fotocopiar la misma. Si recibió esta información por error favor de notificar inmediatamente al 787-758-2500 para hacer los arreglos de devolución o destrucción de los documentos.

CONTINUA AL DORSO

III. AVISO DE FRAUDE

De acuerdo a las disposiciones de la Ley Número 230 del 9 de agosto de 2008, le advertimos que el Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de \$5,000, ni mayor de \$10,000 o pena de reclusión por un término fijo de 3 años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de 5 años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de 2 años."

IV. INFORMACIÓN DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Si usted o alguno de sus dependientes está cubierto por otro seguro de salud, favor de proveer la información solicitada en la Sección B INFORMACIÓN DE OTRO PLAN (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS).

Si usted somete para reembolso cargos por servicios o suplidos que hayan sido parcialmente pagados o denegados por otro seguro de salud, incluyendo Medicare, debe incluir la Explicación de Beneficios del otro seguro o Medicare y copia de la carta de denegación, junto con las facturas detalladas de los servicios o suplidos.

V. USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADAS POR LEY DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

MCS Life Insurance Company tiene el deber y el compromiso de mantener la privacidad y confidencialidad de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) conforme a la Ley Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). MCS Life Insurance Company como administrador del Plan puede divulgar PHI sin autorización del asegurado para llevar a cabo funciones relacionadas con su tratamiento, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud.