

**SOLICITUD DE REEMBOLSO**

**MÉDICO**

**DENTAL**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellidos del Paciente		Nombre del Paciente		Inicial	Núm. de Contrato:
Dirección Postal (Urb. # de Calle, Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal):					
Número de Grupo:		Número de Sección:			Número de Fax:
Número de Teléfono Residencia:		Número de Fax:		Número de Teléfono Alterno:	

<b>INFORMACIÓN DE OTRO PLAN</b>	<b>INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN (si aplica)</b>
---------------------------------	---

¿El paciente está asegurado a través de otro Plan? [ ] Sí [ ] No		La Condición o Lesión se relaciona a:		Fecha del Accidente: ___/___/___ (Mes/ Día /Año)	
Nombre del Plan Salud:		Fecha de Efectividad:		[ ] Accidente del Trabajo	
Núm. de Póliza:		Núm. de Grupo:		[ ] Accidente de Automóvil	
Núm. de Teléfono del Plan:		Núm. de Fax del Plan:		[ ] Otro Accidente, explique:	
¿Es elegible para Medicare? [ ] Sí [ ] No		[ ] Parte A [ ] Parte B [ ] Parte D		¿El accidente fue causado por otra persona? [ ] Sí [ ] No	
Número de Reclamación de Medicare (HICN):		Dirección del Plan:		¿Puede ser considerada(o) legalmente responsable por este accidente? [ ] Sí [ ] No	

Al reclamar cargos por servicios o suplidos cubiertos que hayan sido parcialmente pagados o denegados por otro plan médico, incluya copia de la Notificación de Pago o Explicación de Beneficios del otro seguro además de los recibos de pago detallando los servicios. Para cargos de Medicare, incluya la Explicación de Beneficios de Medicare (Medicare Explanation of Benefits (MEOB)).

**INFORMACIÓN DE SERVICIOS O SUPLIDOS MÉDICOS**

Nombre del Proveedor/Suplidor:		ID Proveedor/Suplidor - (National Provider Identifier (NPI): <input type="checkbox"/> NPI <input type="checkbox"/> EIN		Núm. Licencia de Proveedor:	
Servicios Prestados en: [ ] Puerto Rico [ ] Estados Unidos [ ] Fuera de Puerto Rico o Estados Unidos		Especialidad del Proveedor		Núm. de Récord del Paciente:	
Indique dónde:		Dirección Proveedor/Suplidor		Núm. Teléfono Proveedor:	
Diagnóstico:		ICD:		Núm. de Preautorización del Plan:	

	Fecha de Servicio		Lugar de Servicio	Descripción del Servicio	Código de Procedimiento	MOD	Días/ Unidades	Total Pagado
	Desde Mes/Día/Año	Hasta Mes/Día/Año						
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Firma del Médico o Suplidor		Sello Timbrado del Proveedor/Suplidor	
Firma		Fecha	

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

CERTIFICO que la información provista en este formulario de reclamación es correcta y completa y que estoy reclamando beneficios solamente para los cargos incurridos por el paciente arriba indicado. AUTORIZO a cualquier hospital, médico, institución de servicios de salud o proveedor que participó en el cuidado de salud del paciente a divulgar a MCS o sus representantes autorizados, toda información médica o de otra índole solicitada con el propósito de evaluar y procesar esta reclamación de beneficios.

Firma del Paciente o Representante Autorizado		Fecha	
---	--	-------	--

**CONTINÚA AL DORSO**

## FAVOR LEER ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. Use este formulario para reclamar todos los servicios, procedimientos o suplidos médicos, quirúrgicos, hospitalarios y dentales.
2. Complete todos los campos aplicables, firme y feche el documento.
3. Si usted reclama gastos para más de un miembro de su familia, favor de utilizar un formulario de reclamación por miembro.
4. Utilice un formulario de reclamación para servicios o artículos suplidos en distintos años póliza.
5. Incluya y anexe recibos detallados, en original, y Explicación de Beneficios para todos los servicios o suplidos reclamados.
6. Los recibos detallados deben ser legibles y **DEBEN** incluir la siguiente información:
  - Recibo Oficial- El recibo oficial tiene que tener el logo o sello del proveedor del servicio. Dicho recibo debe contener el nombre del proveedor, dirección, teléfono y especialidad.
  - Número de identificación nacional de proveedor (National Provider Identifier, NPI) y uno de los siguientes números:
    - Identificación Patronal
    - Licencia Estatal
  - Nombre completo del paciente
  - Número de contrato en cada factura o documento
  - Fecha de servicio (mes / día / año)
  - Descripción del servicio recibido o artículo suplido. 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.
  - Indicar el código y descripción del diagnóstico
  - Indicar el costo total de cada servicio y la cantidad pagada por el paciente
  - Diagnóstico (condición médica para la cual fue tratado o el artículo suplido)

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

Facturas que no contengan la información solicitada podrían retrasar el procesamiento o ser devueltas a usted.

Envíe la solicitud de reembolso y los documentos que la acompañan a **Universidad de Puerto Rico Administración Central, Oficina Seguro Médico MCS, Jardín Botánico Sur, #1187 Calle Flamboyán, San Juan PR 00926-1117.**

Si tiene alguna pregunta con relación a cómo completar este formulario o alguna pregunta relacionada, favor de comunicarse con nuestro Departamento de Servicios al Cliente al (787) 281-2801 (Área Metro) o al (855) 256-9973 (libre de cargos).

## AVISO DE FRAUDE

De acuerdo a las disposiciones de la Ley Número 18 del 8 de enero de 2004, Ley creada a fines de enmendar el Código de Seguros de Puerto Rico, le informamos que el Artículo 27.320 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 cinco (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

## INFORMACIÓN DE MEDICARE

Si el paciente que reclama es elegible a beneficios bajo Medicare, debe incluir la Explicación de Beneficios de Medicare que el paciente recibió detallando los cargos que fueron pagados y los que no fueron pagados por Medicare. Si la Explicación de Beneficios de Medicare tiene varias páginas, es importante que incluya todas las páginas.

## 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 SOBRE 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, debe incluir, acompañar copia de la carta de denegación o la Explicación de Beneficios del otro seguro, junto con las facturas detalladas de los servicios o suplidos.

## NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario 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.