

SOLICITUD DE REEMBOLSO

MÉDICO DENTAL



Para completar el formulario, favor leer instrucciones.

SECCIÓN A - INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Núm. de contrato		Nombre del afiliado		Inicial	Apellidos del afiliado	
Dirección postal (Urb. número de calle, apartado postal, ciudad, estado, código postal)						
Número de grupo			Nombre del grupo		Fecha de nacimiento	
Número de teléfono residencial			Número de teléfono móvil		Plan de beneficios	
Fecha de servicio	Códigos de procedimientos	Lugar de servicio (oficina / hospital / hogar / otro)	Descripción		Costo total	Pago del paciente
Código(s) de diagnóstico(s)						
A.	B.	C.	D.	E.	F.	
G.	H.	I.	J.	K.	L.	
Proveedor que prestó los servicios:		Número de NPI:	Número de ID patronal:	Número de lic. estatal:	Especialidad:	
Ensayo clínico (Clinical Trial): #NCT00XXXXX						

Explicación breve de la razón por la cual utilizó los servicios y necesita el reembolso de los mismos:

SECCIÓN B - INFORMACIÓN DE OTRO PLAN / COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN (si aplica)
--	---

¿El afiliado tiene otro plan de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		La condición o lesión se relaciona a:	
Nombre del plan de salud		Fecha de efectividad	[] Accidente del trabajo
Número de póliza / contrato			[] Accidente de automóvil
¿Qué tipo de cubierta tiene con el otro plan?		Número de teléfono del plan	[] Otro accidente, explique:
[] Individual [] Pareja [] Familiar		Fecha del accidente:	¿Dónde ocurrió el accidente?
¿Qué cubierta de beneficios tiene con el otro plan?		¿Cómo ocurrió el accidente?	
[] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión			

SECCIÓN D - AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO

Certifico que la información ofrecida en esta solicitud de reembolso 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 afiliado o representante autorizado Fecha

PARA USO INTERNO DE MCS CLASSICARE

Efectividad <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> No Activa	Cantidad a pagar:
Verificación de pago de prima:	Fecha:
Verificado por:	Comentarios:
Servicios aprobados por:	

IDENTIFICACIÓN ADICIONAL PARA REEMBOLSO DENTAL

Número de pieza: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Superficie (si es restauración)
--	---------------------------------

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 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 deben ser legibles y deben 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 debe contener el nombre del proveedor, dirección, teléfono y especialidad.
- B. Número de identificación nacional de proveedor (NPI, por sus siglas en inglés), identificación patronal y licencia estatal.
- C. Nombre completo del afiliado.
- D. Número de contrato del afiliado.
- E. Fecha de servicio (mes / día / año).
- F. Descripción del servicio recibido. 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.
- H. Indicar el costo pagado de cada servicio desglosado.
- I. El recibo deberá indicar el diente o la pieza trabajada (**solo aplica a Dental**).
- J. Incluir lado de la pieza trabajada. Cada superficie tiene tarifa por separado (**solo aplica a Dental**).
- K. La solicitud relacionada a ensayo clínico (Clinical Trial) debe estar acompañada por los siguientes documentos:
 1. Carta de aceptación del afiliado al ensayo clínico
 2. Explicación de pago de Medicare al proveedor (Medicare Summary Notice)

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 el(los) formulario(s) por correo a:

MCS Advantage, Inc.
Atención: Departamento de Reclamaciones
PO BOX 191720
San Juan PR 00919-1720

También puede entregarlos personalmente en: MCS Plaza, Suite 105. Si tiene alguna pregunta en relación a como completar este formulario o alguna pregunta relacionada, favor de comunicarse con nuestro Centro de Llamadas para Afiliados al 787-620-2530 (área metro) o al 1-866-627-8183 (libre de cargos). Para el TTY puede comunicarse al 1-866-627-8182 de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario del 1 de abril al 30 de septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

II. AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

Una vez completado, este formulario contiene información confidencial y privilegiada, o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.

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 \$5,000.00 dólares, ni mayor de \$10,000.00 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".

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. RELEVO DE INFORMACIÓN

Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, estoy en conocimiento que MCS Classicare ofrecerá mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario, para tratamiento, pagos y operación del plan de salud. También estoy en conocimiento que MCS Classicare ofrecerá mi información incluyendo datos de eventos de medicamentos recetados Medicare, que puede ofrecerla para investigaciones y otros propósitos que sigan todos los estatutos y regulaciones federales que apliquen. La información ofrecida en esta solicitud de reembolso, a mi mejor entendimiento, está correcta.

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. MCS Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).