

SOLICITUD DE REEMBOLSO
 MÉDICO
 DENTAL
Para completar el formulario, favor leer las 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
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 (<i>Clinical Trial</i>): #NCT00XXXXXX					
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	<input type="checkbox"/> Accidente del trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de automóvil	
Número de póliza / contrato			[] Otro accidente, explique:	
¿Qué tipo de cubierta tiene con el otro plan? [] Individual [] Pareja [] Familiar		Número de teléfono del plan	Fecha del accidente:	¿Dónde ocurrió el accidente?
¿Qué cubierta de beneficios tiene con el otro plan? [] Médico [] Dental [] Farmacia [] Visión		¿Cómo ocurrió el accidente?		

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 para pagar:
Verificación de pago de prima:		Fecha:
Verificado por:		Comentarios:

Servicios aprobados por:

IDENTIFICACIÓN ADICIONAL PARA REEMBOLSO DENTAL

Número de pieza:

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 suplidios reclamados.

Los recibos para reembolso deben ser legibles y deben incluir la siguiente información:

- A. Recibo original oficial- El recibo original oficial debe 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 (día / mes / año).
- F. Código y 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.
- G. Ingrese el código y descripción del diagnóstico (número que identifica el diagnóstico - ICD-10) y descripción del diagnóstico.
- 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(s) formulario(s) completado 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 con 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 destinario 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 suplidios 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 suplidios.

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 a 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 ofrecido 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.



Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) 로 전화하세요.



Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Arabic: المساعدات والخدمات المساعدات تتتوفر لك متابعة المجانية اللغوية المساعدة خدمات فإن ، العربية تتحدث كنت إذا 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) بالرقم اتصل. مجاناً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير المناسبة 8182).

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) に電話します。