

**SOLICITUD DE REEMBOLSO** MÉDICO  DENTAL

(OSS)

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. # 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:	

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**

¿El afiliado tiene otro plan de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del plan de salud	Fecha de efectividad
Número de póliza / contrato	
¿Qué tipo de cubierta tiene con el otro plan? [ ] Individual [ ] Pareja [ ] Familiar	Número de teléfono del plan
¿Qué cubierta de beneficios tiene con el otro plan? [ ] Médico [ ] Dental [ ] Farmacia [ ] Visión	

**SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN (si aplica)**

La condición o lesión se relaciona a:	
[ ] Accidente del trabajo	
[ ] Accidente de automóvil	
[ ] Otro accidente, explique:	
Fecha del accidente: ___ / ___ / ___	¿Dónde ocurrió el accidente?
¿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 a pagar:
Verificación de pago de prima:	Fecha:
Verificado por:	Comentarios:
Servicios aprobados por:	

**INFORMACIÓN ADICIONAL PARA REEMBOLSO DENTAL**

Número de Pieza: <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 (National Provider Identifier; NPI), 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**).

**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 191720 San Juan PR 00919-1720. 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 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 en horario de lunes a domingos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

### II. NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este mensaje (y cualesquier anejos) es solamente para el uso del destinatario(s) arriba indicado y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este mensaje por error, favor de notificar inmediatamente por teléfono y permanentemente destruya el mensaje original y todas las copias del mismo.

### 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, ayude 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. 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, quien 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 producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato. 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. ATENCIÓN: 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).

CAN\_4220517S