

visión Formulario de Reclamo Seguro Grupal

Standard Insurance Company Employee Benefits / P.O. Box 82622, Lincoln, NE 68501-2622
 Línea gratuita 800-547-9515 / Fax 402-467-7336 / Página Internet standard.com



TheStandard®

Part 1: Para ser llenada por el empleado

Para agilizar el pago envíe su reclamo vía electrónica

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| 1. Nombre completo del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido) | | 2. Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/YY) / / | | 3. Parentesco con el empleado <input type="checkbox"/> uno mismo <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> hijo(a) <input type="checkbox"/> otro | | 4. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| 5. Nombre completo del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido) | | 6. Número de identificación del empleado | | Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/YY) / / | | | |
| 7. Domicilio del empleado para recibir correspondencia (Calle o apartado de correos, ciudad, estado, código postal) | | | | 8. ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE CON CADA RECLAMO QUE SE PRESENTE ÚNICAMENTE SI EL RECLAMO ES PARA UN HIJO DEPENDIENTE QUE TENGA 19 DE EDAD O MÁS ¿El paciente es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige "Sí", nombre y domicilio de la institución educativa: | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | |
| 9. Employer (company) name and address | | 10. Número de grupo | | Número de división | | Número de certificado | |

Las preguntas 11 y 12 deben ser contestadas con cada reclamo que se presente.

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| 11. ¿El paciente está cubierto con otro plan oftalmológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Nombre y domicilio de la otra compañía de seguros | | Número de póliza | | Nombre y domicilio del otro empleador | |
| 12. Nombre del otro empleado/subcriptor | | | Número de identificación del empleado/subcriptor | | Fecha de nacimiento (MM/DD/YY) / / | | Parentesco con el paciente |
| 13. He leído el presente plan de tratamiento y autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con este reclamo. Comprendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento. Hago constar que estas declaraciones son completas y precisas a mi leal saber y entender. | | | | Marque una opción: 14A. <input type="checkbox"/> Envíeme el pago directamente a mí 0 14B. <input type="checkbox"/> Envíe el pago al proveedor mencionado abajo | | | |
| X Firma (paciente o padre del menor) _____ Fecha _____ | | | | X Firma (paciente o padre del menor) _____ Fecha _____ | | | |

Parte 2 – Para ser llenada por el proveedor oftalmológico

IMPORTANTE: Anexe el recibo de pago que incluya el nombre del proveedor, procedimientos específicos y materiales adquiridos. Si anexa dicho recibo no tendrá que llenar la Parte 2.

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--------|-------------|
| 15. Nombre y domicilio del proveedor oftalmológico | | Si elige "Sí" en las respuestas de las preguntas 17-19, proporcione la fecha y una breve descripción. | | | | | |
| | | 17. ¿El tratamiento es resultado de lesiones o enfermedades laborales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| | | 18. ¿El tratamiento es resultado de un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| Especialidad | | Número telefónico | | 19. ¿De otro tipo de accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Correo electrónico | | Número de fax | | 20. Esto es un/a: (marque una opción): <input type="checkbox"/> Declaración de servicios prestados <input type="checkbox"/> Presupuesto previo al tratamiento | | | |
| 16. Número de identificación <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> TIN | | | | 21. ¿Este formulario aplica para recibir LASIK /PRK? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| NPI (Identificador de Proveedor Nacional) | | Licencia # | | 22. Fecha del servicio | | Examen | Materiales: |

23. Registro de exámenes y tratamiento Incluya los datos del servicio, descripción, código de procedimientos y honorarios.

| Servicio | Código CPT | Honorarios | Lentes | Código CPT | Honorarios | Opciones | Código CPT | Honorarios |
|-------------------------|------------|------------|--------------------|------------|------------|----------------------|------------|------------|
| LASIK/PRK ojo izquierdo | _____ | \$ _____ | Monofocales | _____ | \$ _____ | Antirreflejo | _____ | \$ _____ |
| LASIK/PRK ojo izquierdo | _____ | \$ _____ | Bifocales | _____ | \$ _____ | Resistente a rayones | _____ | \$ _____ |
| Examen | _____ | \$ _____ | Trifocales | _____ | \$ _____ | Polarizado | _____ | \$ _____ |
| Ajuste de lentes | _____ | \$ _____ | Progresivos | _____ | \$ _____ | Alto índice | _____ | \$ _____ |
| Refracción | _____ | \$ _____ | Lenticulares | _____ | \$ _____ | Pulido de bordes | _____ | \$ _____ |
| Otro | _____ | \$ _____ | Lentes de contacto | _____ | \$ _____ | Otro | _____ | \$ _____ |
| Armazones | _____ | \$ _____ | Otro | _____ | \$ _____ | Descuentos | _____ | \$ _____ |

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|
| 24. Comentarios | | | | | | | 25. Total de honorarios \$ _____ | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|

| | | | |
|--|--|---|--|
| 26. CONSTANCIA: Por la presente hago constar que los servicios detallados anteriormente han sido realizados en las fechas que se indican y que los honorarios presentados son los honorarios que he cobrado y recibiré por tales propósitos. | | 27. Address where treatment was performed | |
| X Firma (Provider) _____ Fecha _____ | | | |

consejos para acelerar el procesamiento de reclamos

Parte 1 – Empleado

Los datos faltantes o incompletos pueden provocar demoras en el procesamiento de reclamos. Para evitarlo, asegúrese de incluir lo siguiente:

#2 – Fecha de nacimiento del paciente

Ayuda a identificar al asegurado y determinar la elegibilidad del dependiente.

#6 – Número de identificación del empleado

Es el número de identificación más importante para el miembro del plan.

#8 – Estado/situación del estudiante

Debido a que este dato a menudo cambia, es obligatorio en todas las solicitudes para dependientes que tengan 19 años de edad o más.

#11 and #12 – Coordinación de beneficios

Debe escogerse el recuadro “No” en el punto #11 si no existe otra cobertura para la visión. Si usted cuenta con otra cobertura para la visión, se requiere de información adicional para la coordinación de beneficios.

Parte 2 – Proveedor Oftalmológico

Para ayudar a agilizar el procesamiento de reclamos, asegúrese de incluir lo siguiente:

#16 – Número de registro nacional del proveedor (NPI)

Existen dos tipos de NPI. El Tipo 1 es para proveedores individuales que realizan su práctica independientemente. El Tipo 2 es para proveedores médicos, tales como agrupaciones médicas o corporaciones. Las organizaciones que se incluyen en el Tipo 2 quizá deseen que sus empleados individuales tengan NPI del Tipo 1 para poder distinguirlos de manera individual.

#20 – Declaración de servicios ya proporcionados o Presupuesto previo al tratamiento

Se debe marcar el espacio adecuado para asegurar un manejo correcto.

#21 and #23 – LASIK/PRK

Si cirugías con láser LASIK o PRK aplican, asegúrese de que su proveedor oftalmológico marque el recuadro “Sí” en el campo #21 y que incluya la descripción de los servicios, el código de procedimiento, el ojo a tratar (izquierdo, derecho o ambos) y los honorarios para cada ojo en el Registro de Exámenes y Tratamiento.

ACLARACIÓN: Si hay dos proveedores diferentes (uno para el examen y otro para anteojos/utensilios oftalmológicos), requerimos que cada proveedor presente un formulario de reclamo por separado.

Presupuesto de beneficios previo al tratamiento

Se recomienda un presupuesto de beneficios previo al tratamiento cuando el miembro del plan considera que los servicios serán costosos. Un presupuesto previo al tratamiento permite que miembro del plan y el proveedor oftalmológico sepan de antemano cuánto pagará el seguro. Si la cobertura para la visión se interrumpe por cualquier razón durante el tratamiento, únicamente los procedimientos realizados antes de la finalización de la cobertura serán considerados para pago. Para obtener información completa sobre la cobertura, los miembros del plan pueden consultar el cuadernillo de su plan de seguro.

Página de Internet

Visite nuestra página de Internet para obtener información acerca de los beneficios, formularios electrónicos, listas de proveedores oftalmológicos (en caso de que su plan incluya una red) y mucho más. Tome en cuenta que se requiere el programa de software gratuito Adobe Reader® (disponible en Internet) para ver e imprimir los formularios electrónicos.

Advertencias de Fraude

Alabama: Cualquier persona que a sabiendas y premeditadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir pago de un siniestro un beneficio, o quien a sabiendas y premeditadamente brinde información falsa en una aplicación para seguro, es culpable de un delito y será sujeta al pago de multas o encarcelamiento, o a ambas sanciones.

Alaska: Una persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros remita un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa se le puede ser iniciar una acción judicial según las leyes estatales.

Arizona: Para su protección, las leyes de Arizona exigen que el siguiente enunciado aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para recibir pago de un siniestro, estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Arkansas: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y estará sujeta a multas y encarcelamiento.

California: Para su protección, las leyes de California exigen que el siguiente enunciado aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro es culpable de un delito y estará sujeta a multas y encarcelamiento dentro del estado.

Colorado: Es ilegal que a sabiendas se proporcione a una compañía de seguros información o datos falsos, incompletos o engañosos con el fin o intención de defraudar a dicha compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro o daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione a un titular de póliza o reclamante información o datos falsos, incompletos o engañosos con el fin o intención de defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a la liquidación o indemnización pagaderas conforme a las instancias del seguro, deberá reportarse a Colorado Division of Insurance el cual forma parte del Department of Regulatory Agencies.

Delaware: Cualquier persona que a sabiendas intente perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, remita una declaración referente a un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: El proporcionar información falsa o incompleta a una compañía de seguros con la intención de estafar a la misma o a otra persona. Las sanciones pueden incluir la privación de la libertad y/o la aplicación de multas. Además, una compañía de seguros puede negarse a proporcionar beneficios de seguro si el solicitante proporciona información falsa y que esté vinculada de manera relevante con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que a sabiendas y con premeditación intente perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, remita una declaración referente a un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

Georgia: Cualquier persona que remita una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa con la intención de defraudar o facilitar deliberadamente un fraude contra una compañía de seguros, habrá quebrantado las leyes estatales.

Idaho: Cualquier persona que a sabiendas y con premeditación intente defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración o reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

Indiana: Una persona que a sabiendas y con premeditación intente defraudar a una compañía de seguros, remita una declaración referente a un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito.

Kentucky: Cualquier persona que, con conocimiento y la intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, remita una declaración referente a un reclamo con información materialmente relacionada con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo cual es considerado un delito.

Louisiana: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y estará sujeta a multas y encarcelamiento.

Maine: Es delito que a sabiendas se proporcione a una compañía de seguros información falsa o engañosa con el fin de defraudar a la compañía de seguros. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de proporcionar beneficios de un seguro.

Maryland: Cualquier persona que a sabiendas o con premeditación presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio, o quien a sabiendas o con premeditación presente información falsa en una solicitud para seguro, es culpable de un delito y estará sujeta al pago de multas y encarcelamiento.

Minnesota: Una persona que presente un reclamo con el fin de defraudar o ayudar a cometer un fraude en contra de la compañía de seguros es culpable de un delito.

Nebraska: Cualquier persona que remita una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa con la intención de defraudar o facilitar deliberadamente un fraude contra una compañía de seguros, habrá quebrantado las leyes estatales.

Nuevo Hampshire: Cualquier persona con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros remita una declaración referente a un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, estará sujeta a que se inicie una acción judicial en su contra y a recibir sanciones por fraude a un seguro, tal como se estipula en RSA 638.20.

Nueva Jersey: Cualquier persona que a sabiendas remita una declaración referente a un reclamo que contenga información falsa o fraudulenta estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nuevo México: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo de pago falso o fraudulento para el pago de un siniestro o un beneficio, o quien a sabiendas y premeditadamente brinde información falsa en una aplicación para seguro, es culpable de un delito y será sujeta al pago de multas civiles o sanciones penales.

Nueva York: Cualquier persona que, con conocimiento e intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona, remita una solicitud de seguro o una declaración referente a un reclamo con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación, habrá cometido un acto fraudulento de seguro el cual es un delito sujeto a la aplicación de una sanción civil que no podrá exceder los cinco mil dólares más el valor declarado del reclamo en cada violación de esta índole.

Ohio: Cualquier persona que remita una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa con la intención de defraudar o facilitar deliberadamente un fraude contra una compañía de seguros, será culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que realiza un reclamo por los beneficios de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o errónea con la intención de perjudicar, defraudar o engañar cualquier compañía de seguros, será culpable de un delito, si dicha información fuere remitida deliberadamente.

Oregon: Cualquier persona que remita una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa con la intención de defraudar o facilitar deliberadamente un fraude contra una compañía de seguros, habrá quebrantado las leyes estatales.

Pensilvania: Cualquier persona que remita una solicitud de seguro o una declaración referente a un reclamo con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, si dichos documentos fueren remitidos deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos son delitos que exponen a dicha persona a la aplicación de sanciones criminales y civiles.

Rhode Island: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y estará sujeta a multas y encarcelamiento.

Tennessee: Es delito que a sabiendas se proporcione a una compañía de seguros información falsa o engañosa con el fin de defraudar a la compañía de seguros. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de proporcionar beneficios de un seguro.

Texas: Cualquier persona que remita reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y la privación de la libertad en una cárcel estatal si dicha información fuere remitida deliberadamente.

Vermont: Cualquier persona que remita una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa con la intención de defraudar o facilitar deliberadamente un fraude contra una compañía de seguros, habrá quebrantado las leyes estatales.

Virginia: Cualquier persona que remita una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa con la intención de defraudar o facilitar deliberadamente un fraude contra una compañía de seguros, habrá quebrantado las leyes estatales.

Washington: Es ilegal que a sabiendas se proporcione a una compañía de seguros información o datos falsos, incompletos o engañosos con el fin o intención de defraudar a dicha compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la negación de proporcionar beneficios derivados del seguro.

Si usted vive en otro estado diferente a los mencionados anteriormente, deberá regirse por la siguiente declaración: Cualquier persona que a sabiendas y con el intento de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, remite un reclamo que contenga información materialmente falsa, incompleta o engañosa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación, habrá cometido un acto fraudulento, podrá ser procesada conforme a las leyes estatales y estar sujeta a sanciones civiles y penales. Además, una compañía de seguros puede negarse a proporcionar beneficios de seguro si el solicitante proporciona información falsa que esté vinculada de manera relevante con un reclamo.