

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR AFECCIÓN CARDÍACA Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

ENVÍE ESTOS ARTÍCULOS CON TODAS LAS RECLAMACIONES:

- Formulario de reclamación por afección cardíaca y accidente cerebrovascular (CLM-FORM-HRT-SP), firmado.
- Autorización para obtener información confidencial/médica (consulte el formulario adjunto), firmada.
- Facturas médicas detalladas del tratamiento.

Se requiere:

- Información del paciente
- Fecha del servicio
- Monto del cargo
- Código de la Terminología actual de procedimientos (Current Procedural Terminology, CPT) o descripción del procedimiento
- Código de la Clasificación internacional de enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) o diagnóstico motivo del tratamiento

Nota: No pueden usarse las declaraciones de Medicare ni la Explicación de beneficios (Explanation of benefits, EOB) de otras compañías aseguradoras para procesar reclamaciones.

Pueden incluir:

- Cirugía:* informe de la operación y facturas del cirujano correspondientes a los procedimientos realizados.
- Visita al hospital o a la sala de emergencias:* documentación de ingreso o de alta y facturas del tratamiento. (Ejemplos: UB04, CMS 1500, etc.)
- Certificado de defunción.

DÓNDE PRESENTAR RECLAMACIONES:

- Correo postal:** Washington National Claims Department, P.O. Box 2024, Carmel, IN 46082-2024
- Correo expreso:** Attn: Claim Processing 2024, 11825 N. Pennsylvania St., Carmel, IN 46032
- Fax:** (888) 229-1414

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL TITULAR (en letra de imprenta)		
Número de póliza o certificado		
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	
Dirección postal <input type="checkbox"/> Marque la casilla si es una nueva dirección permanente <input type="checkbox"/> Marque la casilla si el cambio de dirección se aplica a todas las personas de la póliza		
Ciudad	Estado	Código postal
Si la dirección postal es un apartado postal, indique la dirección física aquí:		
Dirección del trabajo		Correo electrónico
Teléfono particular	¿Podemos dejar un correo de voz aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono del trabajo	¿Podemos dejar un correo de voz aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN B: INFORMACIÓN SOBRE LA DIRECCIÓN DEL PACIENTE (si es diferente de la del titular)		
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Teléfono
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
SECCIÓN C: INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	Relación: <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Marque si el dependiente es estudiante de tiempo completo <i>(Incluya documentación para confirmar la condición de estudiante)</i> <input type="checkbox"/> Marque si el dependiente está incapacitado <input type="checkbox"/> Marque si el asegurado ha fallecido; fecha del fallecimiento: ___/___/___
Proporcione los nombres, las direcciones y los teléfonos de todos los médicos que lo hayan tratado o que haya consultado en los últimos cinco años:		
Nombre	Dirección	Teléfono

Información sobre transporte o alojamiento		
Complete esta sección si está presentando una reclamación para obtener beneficios de alojamiento o transporte TERRESTRE. <i>Nota: El reembolso se realiza según el millaje del viaje de ida y vuelta</i>		
Fecha	Desde/hasta	Tipo de tratamiento
Si corresponde, adjunte: <input type="checkbox"/> Boleto de avión o boleto electrónico con recibos <input type="checkbox"/> Alojamiento en hotel con recibos		

Asegúrese de incluir la siguiente información junto con este formulario de reclamación:

- Facturas detalladas de un médico o centro que incluyan el diagnóstico o los códigos del procedimiento y los montos del cargo.**
(Las facturas detalladas pueden incluir, entre otros, los siguientes formularios de reclamación: UB04, CMS 1500, etc.).

Al firmar este documento, declaro que toda la información proporcionada es veraz y correcta según mi leal saber y entender. Reconozco haber recibido todas las advertencias de fraude requeridas al momento de firmar este formulario.

_____/_____/_____
Firma del paciente (o representante legal) Relación con el titular Fecha

_____/_____/_____
Firma del titular (o representante legal) Fecha

SECCIÓN D: DECLARACIÓN DEL MÉDICO
Para que complete y firme el médico

Responda a cada pregunta de manera COMPLETA. Si no se completan todas las secciones, el procesamiento de esta reclamación puede demorar.

Número de póliza o certificado	Nombre del titular de la póliza
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Nombre del médico	Teléfono del médico

Dirección postal del médico

Información de la hospitalización

Fecha del diagnóstico: ___/___/_____ ¿Fue internado el paciente debido a este diagnóstico? Sí No

¿Estuvo hospitalizado el paciente en una unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, ICU)? Sí No

Fecha de ingreso	Fecha de alta	Diagnóstico motivo del ingreso/código ICD	Nombre, ciudad y estado del hospital	¿Se trasladó al paciente para ir o volver del hospital?

Información sobre cirugía o anestesia

¿Se sometió al paciente a una cirugía debido a esta afección? Sí No

¿Dónde se realizó la cirugía? Consultorio Centro quirúrgico Hospital

Nombre del centro:

Fecha del servicio	Diagnóstico/código ICD	Cirugía/código CPT	Descripción de la cirugía	Cargos

Información sobre sangre y plasma

Fecha de administración	Código CPT/del Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS)	Cantidad de unidades	Cargos

¿Se le ha diagnosticado al paciente alguna de las siguientes afecciones o ha recibido tratamiento por alguna de ellas?

Afección	Sí	No	Código CPT	Fecha
Ataque cardíaco				
Enfermedad cardíaca				
Anomalías cardíacas				
Trastorno de las arterias coronarias				
Cualquier otra afección cardíaca				
Arterioesclerosis				
Hipertensión arterial				
Accidente cerebrovascular				
Si tuvo un accidente cerebrovascular, ¿le ocasionó una parálisis de más de 24 horas de duración?				

1. Fecha del diagnóstico inicial: ____/____/____

2. El paciente lo consultó por primera vez por esta afección el: ____/____/____

3. ¿Fue el paciente derivado a usted por otro médico?

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico que hizo la derivación: _____

Firma del médico

____/____/____
Fecha

Número de identificación fiscal

NOTIFICACIONES DE ADVERTENCIA DE FRAUDE

LEA LA NOTIFICACIÓN DE ADVERTENCIA DE FRAUDE CORRESPONDIENTE A SU ESTADO

NOTIFICACIÓN: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía aseguradora, envíe una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información falsa o que oculte información sobre cualquier hecho material pertinente con el fin de engañar puede estar cometiendo un delito que está sujeto a sanciones civiles y penales.

ALABAMA: Cualquier persona que a sabiendas entregue un reclamo falso o fraudulento para cobrar beneficios o pago a causa de una pérdida o, que a sabiendas entregue información falsa en una aplicación del seguro, será culpable de crimen y puede ser sujeto a pagos de multas o encarcelamiento, o ambas.

ALASKA, DELAWARE, FLORIDA, IDAHO: Su estado nos exige que le informemos que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito según lo define el estatuto estatal.

ARKANSAS, HAWÁI, LUISIANA, MAINE, NUEVO MÉXICO, RHODE ISLAND, TENNESSEE, TEXAS, VIRGINIA, VIRGINIA OCCIDENTAL: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o un beneficio, o que, intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.

ARIZONA, KENTUCKY, OHIO: ADVERTENCIA: Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

CALIFORNIA: Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida es culpable de un delito, y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión estatal.

COLORADO: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una aseguradora, proporcione información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles, que incluyen encarcelamiento, multas y denegación del seguro. Todo agente que, a sabiendas y con la intención de estafar a un titular de pólizas o demandante, proporcione información falsa, incompleta o engañosa con respecto a la liquidación o a los ingresos del seguro pagaderos será denunciado ante el Departamento de Seguros de Colorado.

DISTRITO DE COLUMBIA: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionarle información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de estafar a dicha aseguradora o a otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Asimismo, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con una reclamación.

INDIANA, MINNESOTA: Su estado nos exige que le informemos que toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

MARYLAND: Toda persona que, a sabiendas e intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o un beneficio, o que, intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.

NUEVO HAMPSHIRE: Su estado nos exige que le informemos que toda persona que, con el fin de dañar, estafar o engañar a una compañía aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a procesamiento y castigo por fraude de seguro, en virtud de las leyes de Nuevo Hampshire.

NUEVA JERSEY, PENSILVANIA: NOTIFICACIÓN: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información falsa, o bien oculte información sobre cualquier hecho material pertinente con el fin de engañar comete un acto de seguro fraudulento, que constituye un delito. Asimismo, dicha persona queda sujeta a sanciones civiles y penales.

OKLAHOMA: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación de ingresos de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

PUERTO RICO: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o bien presente, ayude a presentar o facilite la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o bien presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito y, al momento de la condena, se le aplicará una multa de entre cinco mil dólares (\$5,000) y diez mil dólares (\$10,000), un periodo fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambos, por cada infracción. En caso de circunstancias (que sean) agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

WASHINGTON: Es un delito proporcionarle, de forma intencional, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el fin de estafar a esta compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Autorización para obtener información confidencial/médica

Cumple con la Norma de privacidad de la Ley de transferibilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

1. Mi información: la persona que es el sujeto de la información			
Nombre en letra de imprenta	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
2. Parte divulgadora: las partes autorizadas a divulgar información sobre mí			
Cualquier médico o proveedor de atención médica, hospital, clínica, centro médico, laboratorio clínico, farmacia, gerente de beneficios de farmacia u organización relacionada con una farmacia, compañía aseguradora o plan de salud, la Administración del Seguro Social, el gobierno o mi empleador.			
3. Descripción de mi información autorizada para divulgación			
<ul style="list-style-type: none">• cualquier información relacionada con mis afecciones de salud pasadas, presentes o futuras, atención/tratamiento médicos o antecedentes de medicamentos recetados, lo cual incluye información sobre salud mental (a excepción de notas de psicoterapia), enfermedades contagiosas, VIH/SIDA, abuso de sustancias y alcohol; y• toda información acerca de mi empleo pasado, presente o futuro que sea razonablemente necesaria para procesar y administrar mis reclamaciones del seguro de accidentes o beneficios de ingresos por lesión accidental o incapacidad.			
4. Propósito de la autorización: cómo se usará mi información			
Para administrar beneficios conforme a una póliza o certificado de seguro.			
5. Duración de la autorización			
Veinticuatro (24) meses desde la fecha escrita a continuación, a menos que especifique una fecha anterior aquí: _____			
6. Partes receptoras: las partes autorizadas a recibir información sobre mí.			
CNO Services, LLC, en nombre de una o más de las siguientes compañías aseguradoras: Bankers Life and Casualty Company, Bankers Consec Life Insurance Company*, Colonial Penn Life Insurance Company, Consec Life Insurance Company, Consec Life Insurance Company of Texas, Washington National Insurance Company, Primerica Life Insurance Company, Jefferson National Life Insurance Company. *Domiciliada y certificada en el estado de Nueva York			
7. Información importante: revise detenidamente antes de firmar			
<ul style="list-style-type: none">• Si me niego a firmar esta autorización, mi capacidad de obtener tratamiento médico no se verá afectada, pero puede impedir que mi compañía aseguradora pueda determinar si los beneficios son pagaderos según los términos de mi cobertura.• Esta autorización puede revocarse en cualquier momento a menos que ya haya sido utilizada. Envíe una revocación por escrito a: Customer Service P.O. Box 2024, Carmel, IN 46082-2024.• Las partes receptoras mencionadas anteriormente están sujetas a leyes federales de privacidad. Sin embargo, si autorizo a partes que no están sujetas a estas leyes a recibir información médica sobre mí, entonces dicha información puede ser divulgada nuevamente y ya no estará protegida.• Comprendo que tengo el derecho a obtener una copia de esta autorización y que una fotocopia o un fax tienen la misma validez que el original.• Los residentes de California tienen derecho a recibir una versión en letra de imprenta grande de este formulario mediante una llamada telefónica al (800) 541-2254 para solicitar el formulario HEALTHMEDAUTH-LARGE.			
8. Aprobación: para que sea válida, debe estar firmada y fechada por mí o mi representante legal*.			
Nombre en letra de imprenta: _____ Relación: _____			
Firma: _____ Fecha: _____			
* Los representantes legales deben proporcionar la documentación de autoridad legal			
Claims Department, P.O. Box 2024, Carmel, IN 46082-2024 Teléfono: (800) 541-2254 Fax: (888) 229-1414			

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE