

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR EL SUSCRIPTOR

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE											
1. NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE, INICIAL)						7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (CONTRATO) DEL PACIENTE SUSCRIPTOR (INCLUYA EL ALFA-PREFIJO) Z U _ _					
2. DIRECCIÓN 1 (Use si es diferente a la dirección del asegurado principal)						8. SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE			9. NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO		
3. DIRECCIÓN 2						10. NÚMERO DE FAX			11. NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO		
4. CIUDAD/PUEBLO			5. ESTADO		6. CÓDIGO POSTAL		12. NÚMERO DE GRUPO (Ver Tarjeta del Plan)			13. NOMBRE DEL GRUPO	
B. INFORMACIÓN DEL OTRO SEGURO (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS)											
14. ¿TIENE EL PACIENTE ALGUNA OTRA CUBIERTA DE SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ						15. ¿ES ELEGIBLE A MEDICARE EL PACIENTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ					
Si contestó SÍ, complete la siguiente información:						If SÍ, include Medicare HICN (Claim Number) below:					
16. NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGURO O PLAN MÉDICO						17. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE (HICN) <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B					
18. NÚMERO DE PÓLIZA			19. NÚMERO DE GRUPO			Al reclamar cargos por servicios o suplidos cubiertos que hayan sido parcialmente pagados o denegados por otro seguro médico, incluya copia de la Notificación de Pago o Explicación de Beneficios del otro seguro además de los recibos de pago detallando los servicios. Para cargos de Medicare, incluya la Explicación de Beneficios de Medicare (<i>Medicare Explanation of Benefits (MEOB)</i>).					
20. NÚMERO DE TELÉFONO DEL OTRO SEGURO			21. NÚMERO DE FAX DEL OTRO SEGURO								
22. DIRECCIÓN DEL OTRO SEGURO											
C. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN (Complete solamente si la reclamación es producto de una lesión accidental)											
24. LA CONDICIÓN O LESIÓN DEL PACIENTE SE RELACIONA A: <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN EL TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/> OTRO ACCIDENTE, describa:											
25. FECHA DEL ACCIDENTE (MES/DÍA/AÑO) / /			26. HORA DEL ACCIDENTE AM / PM			27. ¿EL ACCIDENTE FUE CAUSADO POR OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ			28. ¿PUEDE SER CONSIDERADA LEGALMENTE RESPONSIBLE ESA PERSONA POR ESTE ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		
D. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE											
29. CERTIFICO que la información provista en este formulario de reclamación es correcta y completa y que estoy reclamando beneficios solamente para los cargos incurridos por el paciente indicado arriba. AUTORIZO a cualquier hospital, médico, institución de servicios de salud o proveedor que participó en el cuidado de salud del paciente a divulgar a TRIPLE-S SALUD o sus representantes autorizados, toda información médica o de otra índole solicitada con el propósito de evaluar y procesar esta reclamación de beneficios.											
FIRMA DEL PACIENTE, SUSCRIPTOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO _____								FECHA _____			
D. INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS O SUPLIDOS MÉDICOS											
30. NOMBRE DEL PROVEEDOR / SUPLIDOR						31. ID PROVEEDOR/SUPLIDOR (National Provider Identifier -NPI) <input type="checkbox"/> EIN <input type="checkbox"/> NPI			32. NÚMERO LICENCIA DEL PROVEEDOR		
33. DIRECCIÓN PROVEEDOR / SUPLIDOR						34. ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR			35. NÚMERO DE CUENTA/RECORD PACIENTE		
38 DIAGNÓSTICO ICD						36. SERVICIOS PRESTADOS EN: <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Fuera de P.R. ó EE.UU.			37. NÚMERO TELÉFONO PROVEEDOR		
						Indique dónde: _____					
FECHA DE SERVICIO		TIPO	LUGAR DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO	MOD	DÍAS/ UNIDADES	USO DE TRIPLE-S SALUD	TOTAL PAGADO	USO DE TRIPLE-S SALUD	
DESDE MM/DD/AAAA	HASTA MM/DD/AAAA										
1											
2											
3											
4											
5											
6											
FIRMA DEL MÉDICO O SUPLIDOR INCLUYENDO GRADOS O CREDENCIALES				SELLO TIMBRADO DEL PROVEEDOR/SUPLIDOR				USO DE TRIPLE-S SALUD SOLAMENTE			
FIRMA _____				FECHA _____							

FAVOR LEER ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

PARA EL PACIENTE / SUScriptor QUE SOMETE LA RECLAMACIÓN PARA REEMBOLSO

1. Use este formulario para reclamar todos los servicios, procedimientos o suplidos médicos, quirúrgicos u hospitalarios.
2. Complete todos los campos aplicables, feche y firme el formulario.
3. Si usted reclama gastos para más de un miembro de su familia, *favor de utilizar un formulario de reclamación para cada uno.*
4. Utilice un formulario de reclamación para servicios o artículos suplidos en distintos años póliza.
5. Incluya y anexe recibos detallados, en original, y Explicación de Beneficios para todos los servicios o suplidos reclamados.
6. Los recibos detallados debe ser legibles y **DEBEN** incluir la siguiente información:
 - o Nombre y dirección, en timbrado, del proveedor o institución que prestó el servicio o suplió el artículo;
 - o Nombre, dirección del proveedor;
 - o Número de identificación nacional de proveedor (*National Provider Identifier, NPI*) y uno de los siguientes números: Identificación Patronal, Licencia Estatal.
 - o Nombre completo del paciente
 - o Tipo de servicio rendido o artículo suplido (visita de oficina, rayos-x de pecho, etc.)
 - o Fecha de cada servicio recibido o artículo suplido
 - o Cantidad facturada y cobrada por cada servicio rendido o artículo suplido
 - o Diagnóstico de la afección (condición médica para la cual el paciente fue tratado o el artículo suplido).
 - o **Incluya, claramente, su número de identificación (contrato) de TRIPLE-S SALUD completo en cada factura o documento.**

NOTA: Recibos individuales de caja, cheques cancelados, recibos de giros, desgloses personales y facturas que indiquen solamente "Balance Pendiente" NO son aceptables.

INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA PARA CIERTAS RECLAMACIONES

Las facturas para los siguientes servicios cubiertos deben incluir:

1. **Servicio de Ambulancia:** Justificación de necesidad médica del medico que lo atendió que incluya el diagnóstico y la razón para requerir el transporte por ambulancia y una factura detallada de la compañía de ambulancias que refleje la cantidad pagada por el transporte, la fecha del mismo y las millas viajadas.
2. **Servicio de Enfermera Privada:** Copia de la preautorización del Plan, el tipo de enfermera (RN, LPN), número de licencia, turno y horario trabajado y justificación de necesidad médica del médico que ordenó el servicio de enfermería.
3. **Equipo Médico Duradero** (sillas de rueda, tanques de oxígeno, etc.): Copia de la preautorización del Plan, justificación de necesidad médica del medico que ordenó el equipo que indique por cuanto tiempo será requerido el mismo y factura del suplidor del equipo que incluya el precio del equipo e indique si el precio es por alquiler o compra del equipo.
4. **Asistencia Quirúrgica** (cuando un procedimiento quirúrgico requiere la asistencia de otro cirujano): Copia del informe operatorio.
5. **Medicamentos Recetados:** Las reclamaciones de medicamentos recetados deben ser sometidas utilizando la Solicitud de Reembolso por Medicamentos Recetados.

FACTURAS QUE NO CONTENGAN CUALQUIERA DE ESTA INFORMACIÓN PODRÍAN RETRASAR SU PROCESAMIENTO O SER DEVUELTAS A USTED.

INFORMACIÓN SOBRE 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 DEL OTRO SEGURO.

Cuando someta cargos por servicios o suplidos que hayan sido parcialmente pagados o denegados por otro seguro de salud, acompañe copia de la carta de denegación o la Explicación de Beneficios del otro seguro, junto con las facturas detalladas de los servicios o suplidos.

MEDICARE

Si el PACIENTE para el cual se reclama es elegible a beneficios bajo Medicare, asegúrese de incluir la Explicación de Beneficios de Medicare que el paciente recibió detallando los cargos que fueron pagados y los que no fueron pagados por Medicare. Si la Explicación de Beneficios de Medicare tiene múltiples páginas, envíe *todas las páginas*.

AVISO SOBRE FRAUDE DE SEGUROS

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS O CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O CON CONOCIMIENTO QUE ESTÁ FACILITANDO EL FRAUDE A UN ASEGURADOR, SOMETA UNA SOLICITUD O RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA INCURRE EN FRAUDE DE SEGUROS. EL FRAUDE DE SEGUROS ES UN CRIMEN QUE PUEDE RESULTAR, ENTRE OTROS, EN LA PÉRDIDA DE SU CUBIERTA DE SEGURO, ASÍ COMO PENAS CIVILES O CRIMINALES.

ENVÍE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO Y TODOS LOS DOCUMENTOS A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN

TRIPLE-S SALUD

Departamento de Reembolsos

PO BOX 363628

SAN JUAN, PR 00936-3628

www.ssspr.com