



Declaración del médico

Aetna Global Benefits®

Suscripción de cobertura por Aetna Life Insurance Company y Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

- Este formulario debe ser completado y presentado si no provee una factura detallada junto con el Formulario de Reclamo (GR-68069). La sección "Resumen de reembolso" del Formulario de Reclamo identificará a quién deben realizarse/enviarse los pagos de beneficios.
- Las facturas y recibos completamente detallados deben incluir: El nombre del paciente y su relación con el empleado, nombre/dirección/número de teléfono del prestador de servicios médicos, fecha del servicio, valor a cobrar, diagnóstico/naturaleza de la enfermedad y procedimientos realizados (visita al consultorio, laboratorio, cirugía, etc.).
- Si no se presentan facturas completamente detalladas, el prestador de servicios médicos debe completar este formulario y anexarlo a todas las facturas y a un Formulario de Reclamo completo (GR-68069), y enviarlos por correo a la dirección que aparece al dorso de la tarjeta de identificación del seguro del miembro o a Aetna Global Benefits, P.O. Box 30258, Tampa, FL 33630-3258, EE.UU.

Información del paciente (a máquina o con letra de imprenta)

1. Nombre del paciente (primero, inicial del medio y apellido)	2. Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	3. Nombre del empleado
4. Número de Seguro Social/Ident. del empleado	5. Empleador del empleado	Número de Póliza/Grupo de Aetna

Datos del médico o prestador de servicios médicos (a ser completado por el médico y devuelto al empleado si no se presenta una factura completamente detallada)

6. Fecha (mm/dd/aaaa) de la enfermedad (primer síntoma) o lesión (accidente) o embarazo (UPM)	7. Fecha de primera consulta por esta condición (mm/dd/aaa)	8. ¿Ha tenido el paciente los mismos síntomas o similares anteriormente? Si responde "Sí", mencionar fechas (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. Si se trató de una emergencia, favor marcar este casillero <input type="checkbox"/>					
10. Fecha en la que el paciente podrá volver a trabajar (mm/dd/aaaa)	11. Fecha de discapacidad total de (mm/dd/aaaa) a (mm/dd/aaaa)	Fecha de discapacidad parcial de (mm/dd/aaaa) a (mm/dd/aaaa)						
12. Nombre del médico que emitió la referencia médica (ej., Organismo de Salud Pública)		13. Para servicios relacionados con hospitalización, indique fechas de hospitalización admisión (mm/dd/aaaa) alta (mm/dd/aaaa)						
14. Nombre y dirección del establecimiento en que se prestaron los servicios (si no se prestaron en el domicilio o consultorio)		15. ¿Se realizaron análisis de laboratorio fuera de su consultorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cargos: \$						
16. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión (favor indicar primario y secundario) 1. 2. 3.								
17. Fecha del servicio (mm/dd/aaaa)	Lugar del servicio*	Código de Procedimiento – Identificar**	Descripción del servicio	Tipo de servicio †	Cargos	Días o unidades	Código del diagnóstico ‡‡	Sólo para uso administrativo
18. Nombre y dirección del médico o prestador de servicios médicos (incluir código postal)		19. Número de teléfono ()		20. Si corresponde, indique el número de identificación de pagador de impuestos para fines de emisión del formulario U.S. 1099. La ley de los EE.UU. exige que usted proporcione su número de identificación de pagador de impuestos.				
		21. Número de cuenta del paciente		22. Total de cargos \$ _____		Valor pagado \$ _____		
				Saldo a pagar \$ _____				
23. Firma del médico o del prestador de servicios médicos							24. Fecha	

* Lugar de códigos de servicios:

- 1 - (IH) - Hospital con internación
- 2 - (OH) - Hospital ambulatorio
- 3 - (O) - Visita al consultorio
- 4 - (H) - Domicilio del paciente
- 5 - (PSY) - Establecimiento de cuidado diurno
- 6 - (PSY) - Establecimiento de cuidado nocturno
- 7 - (NH) - Asilo

- 8 - (SNF) - Establecimiento de enfermería especializada
- 9 - - Ambulancia
- 0 - (OL) - Otro lugar
- A - (IL) - Laboratorio independiente
- B - - Otro establecimiento médico quirúrgico
- C - (RTC) - Centro de tratamiento residencial
- D - (STF) - Centro de tratamiento especializado

† Tipo de código de servicio:

- 1 - Atención médica
- 2 - Cirugía
- 3 - Consulta
- 4 - Radiografía para diagnóstico
- 5 - Laboratorio para diagnóstico
- 6 - Radioterapia
- 7 - Anestesia

- 8 - Asistencia en cirugía
- 9 - Otro servicio médico
- 0 - Sangre o glóbulos rojos en bolsa
- A - DME usado (equipo médico durable)
- M - Pago alternativo por diálisis de mantenimiento
- Y - Segunda opinión para cirugía electiva
- Z - Tercera opinión para cirugía electiva

**Favor usar códigos de terminología de procedimiento actuales para cirugía

‡‡ Favor usar ICD-9•CM para diagnóstico de alta

Aviso: Es considerado un delito proveer información falsa o engañosa a cualquier compañía aseguradora con el propósito de defraudar al asegurador o a cualquier otra persona. Las penalidades pueden incluir encarcelamiento y/o multas. Además, un asegurador puede denegar cobertura si el solicitante provee información falsa, que está esencialmente relacionada con una reclamación. **Residentes de California:** Para su protección, una ley del estado de California exige se le informe sobre lo siguiente: Todo individuo que a sabiendas y con intención de defraudar o burlar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga una declaración esencialmente falsa o engañosa o en la que se omitan hechos o datos, habrá cometido un delito y podría estar sujeto a multas, encarcelamiento en una prisión estatal y ser sometido a penalidades impuestas por las leyes de derecho civil. **Residentes de Colorado:** Un asegurador o agente que a sabiendas proporciona información falsa o engañosa para defraudar a la persona que presentó la reclamación acerca de los beneficios del seguro deberá ser denunciado a la Superintendencia de Seguros. **Residentes de Pennsylvania:** Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o someta una solicitud de reclamación de beneficios que contenga información falsa o encubre, con la intención de engañar, información sobre hechos fundamentales, habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia dicha persona será sometida a penalidades impuestas por las leyes de derecho penal y civil.