

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DESMEMBRAMIENTO – PÉRDIDA DE VISIÓN, PIES Y MANOS

SECCIÓN I. INFORMACIÓN SOBRE EL(LA) ASEGURADO(A)

1) Nombre del(la) asegurado(a):

Apellido paterno			Apellido materno			Nombre			Inicial	
2) Fecha de nacimiento		3) Ocupación:		4) Género		5) Número de Seguro Social		6) Estado civil:		
Día	Mes	Año	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		□ □ □ - □ □ - □ □ □ □		Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/>			
7) Fecha del accidente:			8) Fecha del desmembramiento:			9) Fecha de la pérdida de visión, audición o habla:				
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
10) Núm. de teléfono:			12) Correo electrónico:			13) Información nombre patrono y núm. grupo				
11) Núm. de celular:										
14) Dirección física: Urb./Cond. <input type="text"/> Número <input type="text"/> Calle <input type="text"/> Ciudad <input type="text"/> Estado <input type="text"/> Código Postal <input type="text"/>										
15) Dirección postal: Apartado/PO Box <input type="text"/> Ciudad <input type="text"/> Estado <input type="text"/> Código Postal Beneficiario <input type="text"/> Reclamante <input type="text"/>										

SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE EL(LA) DUEÑO(A) O TENEDOR(A) DE LA PÓLIZA

1) Nombre del(la) tenedor(a) de la póliza o grupo asegurado:			3) Fecha de comienzo de empleo del(la) asegurado(a): Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		
2) Número de póliza: <input type="text"/>			4) Fecha de terminación de empleo del(la) asegurado(a): Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		
5) De proceder el pago de la reclamación, indique la entrega:			6) Nombre de quien cumplimenta esta sección:		
<input type="checkbox"/> Enviar a beneficiario(a) <input type="checkbox"/> Enviar al(la) tenedor(a) de la póliza			7) Ocupación o puesto de quien cumplimenta esta sección: <input type="text"/>		
			8) Firma: <input type="text"/>		
			9) Fecha: <input type="text"/>		

CERTIFICO que las declaraciones contenidas en la Sección I son fieles y exactas a mi mejor saber y entender.

AVISO DE FRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare 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 cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Se le advierte que usted tiene un deber y una responsabilidad continua de informar. De surgir algún cambio a la información brindada en esta solicitud, deberá notificarlo de inmediato. Si surgiere o se descubriese una información no suministrada por usted que, de alguna manera, afecte o modifique su derecho al beneficio solicitado, que recibe o recibió, será usted responsable de tal modificación o resultado por no haber provisto la información correctamente o no haber actualizado la misma.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), 45 CFR §164.508, y, con el propósito de asistir a MCS a procesar una reclamación por el beneficio de hospitalización, autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, farmacia u hospital, patrono, compañía de seguro, patólogo forense, agencia o entidad gubernamental u organización que posea información médica, patronal, documentos oficiales, informes policiacos o cualesquiera otra documentación pertinente, a otorgar a MCS o sus representantes, la potestad de examinar, copiar, obtener copias o información de cualquier o cualesquiera detalles médicos, información patronal, récord policiaco o cualquier otra información o documentación pertinente al reclamo del seguro.

Lo anterior incluye, pero no se limita a: condiciones mentales y físicas, evaluaciones médicas, diagnósticos, tratamientos, prognosis, protocolo de autopsia, tratamiento psiquiátrico, pruebas de laboratorio y toxicológicas; específicamente, sobre drogas y alcohol, así como pruebas o tratamiento para VIH-sida y enfermedades de transmisión sexual. Esta autorización es para el uso exclusivo de MCS y no deberá ser limitada por falta de identificación o nombre de quien la autorización esté dirigida en la solicitud de información.

Esta autorización será válida durante el plazo de vigencia del reclamo. Tiene derecho a revocar esta autorización mediante notificación escrita, firmada y fechada a MCS. Una vez revocada esta autorización, la información de salud protegida sujeta a esta autorización no será utilizada ni revelada, salvo en la medida en que la misma ya se haya utilizado. Al suscribir esta autorización, la información divulgada puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por las normas de privacidad promulgadas conforme a la HIPAA. Posee el derecho a conservar una copia de esta autorización e inspeccionar y recibir cualquier tipo de información divulgada en virtud de sus términos. Una copia fotostática de esta autorización será considerada tan eficaz y válida como la original.

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
DESMEMBRAMIENTO – PÉRDIDA DE VISIÓN, PIES Y MANOS**

1) Nombre del(la) paciente

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Inicial
2) Fecha de nacimiento	3) Número de expediente médico	4) Fecha en que se reflejaron los síntomas por primera vez:	5) Fecha en que el(la) paciente le consultó médicaamente por primera vez:
Día Mes Año	_____	Día Mes Año	_____
_____ / _____ / _____	_____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____

6) Al momento de la consulta inicial, ¿existía evidencia visible de trauma? De contestar en la afirmativa, explique: Sí No

7) Indique si, anteriormente, el(la) paciente tuvo la misma condición o una similar. De contestar en la afirmativa, indique la fecha en que tuvo la condición y el tratamiento recibido. Sí No

8) Diagnóstico primario o inicial: _____

9) Código del diagnóstico (CPT- ICD-10): _____

Diagnóstico final: _____

A. Indique qué miembro del cuerpo ha sido afectado:

Mano derecha Mano izquierda

B. Nivel de amputación: _____

C. ¿Es la amputación no traumática? A saber, sin que se entienda taxativo: disvascular, infecciosa, neoplásica, congénita.

Sí No Explique: _____

D. Fecha de amputación: _____

E. Nombre del hospital donde se efectuó la amputación: _____

F. Nombre del(la) médico que practicó la cirugía: _____

Acorde con su opinión médica, ¿fue la amputación resultada de lesión corporal accidental? Sí No Explique: _____

A. Agudeza visual: Con espejuelos: ojo derecho _____ ojo izquierdo _____ Sin espejuelos: ojo derecho _____ ojo izquierdo _____

B. ¿Podría mejorarse la visión con tratamiento? Sí No Explique: _____

C. En su opinión, ¿es la pérdida de visión completa e irrecuperable? Sí No Explique: _____

D. En su opinión, ¿es la pérdida de visión resultado, únicamente, de lesión corporal accidental?

Sí No Explique: _____

E. Si existe pérdida total de la visión, ¿cuándo ocurrió esta pérdida? Fecha: _____

A. Indique qué miembro del cuerpo ha sido afectado:

Pie derecho Pie izquierdo

B. Nivel de amputación: _____

C. ¿Es la amputación no traumática? A saber, sin que se entienda taxativo: disvascular, infecciosa, neoplásica, congénita.

Sí No Explique: _____

D. Fecha de amputación: _____

E. Nombre del hospital donde se efectuó la amputación: _____

F. Nombre del(la) médico que practicó la cirugía: _____

Acorde con su opinión médica, ¿fue la amputación resultada de lesión corporal accidental? Sí No Explique: _____

Nombre del(a) doctor(a): _____

Firma: _____

Número de licencia: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

SEGURO DE DESMEMBRAMIENTO – PÉRDIDA DE VISIÓN, PIES Y MANOS

DOCUMENTOS DE RECLAMACIÓN

Además del presente formulario, se desglosa el listado de documentación inicial que deberá someter con su reclamación:

- Copia fiel y exacta del récord clínico del(la) médico tratante para la condición de salud que reclama.
- Copia fiel y exacta del récord del hospital.
- De haberse reportado el accidente a la Policía de Puerto Rico, copia fiel y exacta del informe policiaco, una vez culminada la investigación.

La documentación antes mencionada es una guía y evidencia inicial para evaluar su reclamo. Nos reservamos el derecho de solicitar cualquier documentación o información adicional que estimemos que sea necesaria para analizar e investigar su reclamación.

Una vez completado el formulario puede enviarlo, por correo electrónico a: segurodevidacommercial@medicalcardsystem.com; o por correo postal a:

MCS Life Insurance Company – Departamento de Reclamaciones Piso 11

P.O. Box 9023547 San Juan, PR 00902-3547



Edificio MCS PLAZA
255 Ave. Ponce de León Suite 106
San Juan PR 00917-1919