

Uso interno	
Código de categoría	VPCF
Código de la oficina	039

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación.** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en una prisión estatal. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito. **Atención, residentes de Luisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden consistir en arresto, multas o la denegación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Misuri:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios, según lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudada o engañar a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **Atención, residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consiente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención, residentes de Oregón:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000). También podrá ser encarcelada por un periodo fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el periodo fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, el periodo de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Firma del miembro o paciente:	Fecha (MM/DD/AAAA):
-------------------------------	---------------------

NOTA: LOS FORMULARIOS DE RECLAMO INCOMPLETOS LE SERÁN DEVUELTOS PARA QUE COMPLETE LA INFORMACIÓN FALTANTE. ESTO DEMORARÁ EL PROCESO DEL RECLAMO. PARA UNA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS MÁS RÁPIDA Y FÁCIL, EL PROVEEDOR PUEDE COMUNICARSE CON EL CENTRO DE PROCESAMIENTO DE RECLAMOS DE AETNA PARA OBTENER INFORMACIÓN REFERIDA A LA PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DE RECLAMOS.

PARA EL EMPLEADO

1. Complete desde el punto 1 hasta el 19 en su totalidad.
2. Complete los puntos 20 a 24 solo si tiene otra cobertura médica.
3. Asegurese de firmar la autorización para divulgar información en el casillero 25.
4. Si desea que sus beneficios por este reclamo se paguen directamente a su médico o proveedor, firme en el casillero 26.
5. Si presentó una solicitud de beneficios a otro plan, incluyendo Medicare, adjunte una copia de las facturas que presentó al otro plan y la explicación de beneficios recibida del otro plan.
6. Los formularios incompletos demoran el pago.
7. Envíe la solicitud de beneficios completa y las facturas a la siguiente dirección:

**Aetna Voluntary Plans
Attn: Claim Department
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Fax: 1-859-455-8650
Teléfono: 1-888-772-9682**

PARA EL MÉDICO

1. Complete desde el punto 27 hasta el 41 en su totalidad.
2. Si el empleado indica que los beneficios deben pagarse directamente al médico, estos se le enviarán directamente a usted, y el empleado recibirá una copia de la transacción.

PARA EL PROVEEDOR

1. Complete desde el punto 42 hasta el 52 en su totalidad.
2. Si el empleado indica que los beneficios deben pagarse directamente al proveedor, estos se le enviarán directamente a usted, y el empleado recibirá una copia de la transacción.



Beneficios para planes de la visión voluntarios de Aetna

Uso interno	
Código de categoría	VPCF
Código de la oficina	039

DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO

1. Nombre del empleador		2. Número de grupo/póliza	
3. Número de identificación de Aetna del empleado o número de seguro social	4. Nombre del empleado		5. Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)
6. <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado Fecha de jubilación	7. Dirección del empleado (incluir código postal) <input type="checkbox"/> Dirección nueva		8. Número de teléfono durante el día del empleado ()
9. Nombre del paciente	10. Número de identificación de Aetna del paciente o número de seguro social	11. Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)	12. Relación del paciente con el empleado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro
13. Dirección del paciente (si es diferente de la del empleado)			14. Sexo del paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
15. Estado civil del paciente <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)	16. ¿El paciente está empleado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	17. Nombre y dirección del empleador	
18. ¿El reclamo está relacionado con un accidente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, fecha _____ hora _____ <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.		19. ¿El reclamo está relacionado con el empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
20. ¿Los gastos de algún miembro de la familia están cubiertos por otro plan de salud de grupo, plan prepago de grupo (Blue Cross-Blue Shield, etc.), seguro para automotor sin culpabilidad, Medicare u otro plan gubernamental local, estatal o federal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		21. En caso afirmativo, mencione el titular del contrato o de la póliza, número(s) de contrato(s) o póliza(s) y nombre/dirección de la compañía de seguros o del administrador.	
22. Número de identificación de Aetna del miembro o número de seguro social	23. Nombre del miembro		24. Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)
25. Para todos los proveedores de atención de salud: Usted está autorizado a brindar información referida al asesoramiento sobre atención de salud, tratamiento o suministros provistos al paciente (incluyendo la información relacionada con enfermedad mental o sida/ARC/VIH) a Aetna Life Insurance Company o a alguna de sus compañías afiliadas ("Aetna"), a cualquier administrador de reclamos independiente, a profesionales de asesoramiento de la salud y a organizaciones de revisión de utilización, con quienes Aetna tiene contratos. Esta información se utilizará para evaluar reclamos de beneficios. Aetna puede proporcionar al empleador mencionado anteriormente cualquier cálculo de beneficio utilizado en el pago de este reclamo con el propósito de revisar la experiencia y operación de la póliza o del contrato. Esta autorización es válida durante el plazo de la póliza o del contrato bajo la cual se presentó un reclamo. Conozco mi derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito y estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original. Firma del paciente o de la persona autorizada _____ Fecha _____			
26. Autorizo el pago de los beneficios de la visión al médico o proveedor. Firma del paciente o de la persona autorizada _____ Fecha _____			

DEBE SER COMPLETADO POR EL MEDICO O PROVEEDOR

27. Nombre y dirección del médico (incluya código postal)		28. Número de teléfono ()	29. Ingrese el número de identificación de contribuyente para ser utilizado en la presentación del formulario 1099. Usted tiene la obligación, por ley, de proporcionar su número de identificación de contribuyente.	
30. Identificador nacional del proveedor		31. Cargo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Osteópata <input type="checkbox"/> Optometrista	32. Fecha del examen	
33. ¿Tuvo cirugía de cataratas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		34. ¿Se puede restaurar la agudeza visual a 20/70 en el ojo en mejor estado con el uso de anteojos convencionales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	35. ¿El paciente necesita un cambio en la receta en este momento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
36. Código de diagnóstico _____ ; _____ ; _____ ; _____				
37. Indique el diagnóstico o la naturaleza de la enfermedad o lesión o del trastorno de la visión; indique los códigos de procedimiento				38. Agudeza visual corregida a _____
39. Recetas del médico			40. Servicio profesional Examen (HCPC/CPT) _____ Monto \$ _____	
Impuestos a las compras (si corresponde) \$ _____			Total \$ _____	
Monto pagado por el paciente \$ _____				
41. Certifico que los procedimientos se realizaron en las fechas indicadas, y que las tarifas presentadas son las tarifas cobradas al paciente por dichos procedimientos. Firma del médico _____ Fecha _____				

Nota: En lugar de que el proveedor complete esta sección, se puede adjuntar una factura de laboratorio. El proveedor debe firmar este formulario; ingrese el monto pagado por el paciente.

42. Nombre y dirección del proveedor (incluya código postal)		43. Número de teléfono ()	44. Ingrese el número de identificación de contribuyente para ser utilizado en la presentación del formulario 1099. Usted tiene la obligación, por ley, de proporcionar su número de identificación de contribuyente.	
45. Identificador nacional del proveedor		46. Cargo <input type="checkbox"/> Óptico <input type="checkbox"/> Optometrista <input type="checkbox"/> Oftalmólogo	47. Fecha <input type="checkbox"/> Orden _____ <input type="checkbox"/> Entrega _____	
48. Material suministrado <input type="checkbox"/> Vidrio <input type="checkbox"/> Plástico <input type="checkbox"/> De gran tamaño <input type="checkbox"/> Ahumado # _____ <input type="checkbox"/> Par <input type="checkbox"/> 1/2 Par <input type="checkbox"/> Otro _____		49. Tipo de lentes despachados: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Monofocales (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Bifocales (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Trifocales (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Lenticulares (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Lentes de contacto (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Anteojos de sol (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Otro (especifique a continuación) (HCPC/CPT) _____		
50. Si son lentes de contacto, complete lo siguiente: <input type="checkbox"/> Terapéuticas (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> No terapéuticas (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Lentes rígidas (HCPC/CPT) _____ <input type="checkbox"/> Lentes blandas (HCPC/CPT) _____		50a. Si elige marcos, complete lo siguiente: <input type="checkbox"/> Marcos (HCPC/CPT) _____		
51. Servicio profesional		Monto		
Cargo de los lentes		\$ _____		
Cargo de los marcos		\$ _____		
Opcional Lentes		\$ _____		
Marcos		\$ _____		
Tarifa de despacho Lentes		\$ _____		
Marcos		\$ _____		
Impuestos a las compras (si corresponde)		\$ _____		
Total		\$ _____		
Monto pagado por el paciente		\$ _____		
52. Certifico que presté los servicios en las fechas indicadas, y que las tarifas presentadas son las tarifas cobradas al paciente por dichos procedimientos. Firma del proveedor _____ Fecha _____				

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)
