

CÁNCER ÚNICA - DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EVALUACIÓN DE RECLAMACIONES

Instrucciones:

Toda reclamación debe ser presentada con el Formulario de Reclamaciones correspondiente, debidamente cumplimentado y firmado.

Reclamaciones de hijos dependientes mayores de 19 años de edad, deben someter Certificación de Estudiante con cantidad de créditos que está cursando al momento de la incurrencia.

Beneficio

Documentos

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primer y Segundo diagnóstico positivo de cáncer | <input type="checkbox"/> Informe de Patología que confirme la condición de cáncer. <input type="checkbox"/> Certificación del oncólogo. |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Enfermedades Perniciosas | <input type="checkbox"/> Evidencia de confirmación de diagnóstico de alguna de las Enfermedades Perniciosas cubiertas. <input type="checkbox"/> Factura de las pruebas realizadas para la confirmación del diagnóstico. |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta (Discharge Summary) o en su lugar; <input type="checkbox"/> Factura con fechas de hospitalización y diagnóstico. *En hospitalizaciones mayores a 6 días, se debe incluir copia del record médico de hospitalización, que incluya las notas de consulta. |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo | <input type="checkbox"/> Certificación del hospital que incluya las fechas y horas específicas de admisión y alta. *Debe de indicar el tipo de unidad. |
| <input type="checkbox"/> Sangre o Plasma | <input type="checkbox"/> Certificación del banco de sangre indicando cantidad de unidades de sangre o plasma administradas y cuantas fueron reemplazadas por donantes, o en su lugar; <input type="checkbox"/> Desglose del plan médico con los cargos de sangre o plasma. |
| <input type="checkbox"/> Evaluación o Consulta en un Centro (NCI) | <input type="checkbox"/> Hojas de consulta indicando tratamiento a seguir. * Si el centro es fuera de P.R. debe someter evidencia gastos incurridos por transportación y hospedaje. |
| <input type="checkbox"/> Medicina para Efectos Secundarios | <input type="checkbox"/> Factura desglosada de los medicamentos para tratar las náuseas que incluya fecha, nombre de medicamento y costo del mismo. |
| <input type="checkbox"/> Visitas Médicas | <input type="checkbox"/> Factura desglosada de médico de cabecera que no sea el cirujano a cargo. |
| <input type="checkbox"/> Enfermera Privada en el Hospital | <input type="checkbox"/> Recomendación del médico especialista a cargo del tratamiento. <input type="checkbox"/> Factura desglosada de la enfermera o ama de llaves que incluya: nombre, número de licencia (enfermera) y cantidad de horas de servicio brindado por día. |
| <input type="checkbox"/> Enfermera Privada o Ama de Llaves en el Hogar | <input type="checkbox"/> Recomendación del médico especialista a cargo del tratamiento. <input type="checkbox"/> Factura desglosada de la enfermera o ama de llaves que incluya: nombre, número de licencia (enfermera) y cantidad de horas de servicio brindado por día. |
| <input type="checkbox"/> Hogar de Convalecencia | <input type="checkbox"/> Recomendación del médico de cabecera. <input type="checkbox"/> Resumen de Alta (Discharge Summary) o en su lugar; <input type="checkbox"/> Certificación o factura que especifique cantidad de días de reclusión. |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Terminal en el Hogar | <input type="checkbox"/> Evidencia de diagnóstico de cáncer terminal con expectativa de vida de seis (6) meses o menos, que sea certificado por su médico de cabecera o médico especialista. |
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Reporte operatorio, o en su lugar; <input type="checkbox"/> Sección 3: Informe Médico del Formulario de Reclamación por enfermedad o en su lugar <input type="checkbox"/> Formulario de facturación del plan médico (Forma 1500). |
| <input type="checkbox"/> Cirugía, Segunda y Tercera Opinión | <input type="checkbox"/> Hoja de evaluación que evidencie una segunda o tercera opinión médica relacionada a una cirugía. (Favor incluir copia de la primera opinión médica.) |

CÁNCER ÚNICA - DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EVALUACIÓN DE RECLAMACIONES

Instrucciones:

Toda reclamación debe ser presentada con el Formulario de Reclamaciones correspondiente, debidamente cumplimentado y firmado.

Reclamaciones de hijos dependientes mayores de 19 años de edad, deben someter Certificación de Estudiante con cantidad de créditos que está cursando al momento de la incurrencia.

| Beneficio | Documentos |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de la Piel Extirpaciones | <input type="checkbox"/> Informe de patología. <input type="checkbox"/> Reporte de operación o notas de procedimiento de la extirpación del cáncer de piel. |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Ambulatoria | <input type="checkbox"/> Factura desglosada del centro de cirugía ambulatoria. |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia, Cobalto, Isotopos Radio-Activos o Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Factura desglosada del tratamiento recibido, que especifique nombre, código o descripción, fecha de administración y costo. |
| <input type="checkbox"/> Terapia Experimental | <input type="checkbox"/> Factura desglosada del tratamiento de terapia experimental aprobada por el Food and Drug Administration (FDA) y National Cancer Institute (NCI). |
| <input type="checkbox"/> Hormonoterapia | <input type="checkbox"/> Factura desglosada del medicamento que especifique nombre o código, fecha de administración y costo. |
| <input type="checkbox"/> Estudios de Seguimiento - Rayos X, Tomografías Computarizadas (CT Scan) y Resonancia Magnética (MRI) | <input type="checkbox"/> Factura desglosada de los estudios realizados que especifique fecha, descripción y costo del mismo. |
| <input type="checkbox"/> Terapias para Manejo del Dolor y Terapias Sicológicas | <input type="checkbox"/> Recomendación del médico especialista. <input type="checkbox"/> Factura desglosada de las terapias recibidas. <input type="checkbox"/> Certificación del terapeuta que lo acredite como tal en cada una de las terapias cubiertas. |
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento Buena Salud | <input type="checkbox"/> Lectura del estudio realizado. |
| <input type="checkbox"/> Gastos por Pañales Desechables | <input type="checkbox"/> Certificación del médico de cabecera o médico especialista, recomendando el uso de pañales. <input type="checkbox"/> Factura por compra de pañales. |
| <input type="checkbox"/> Prótesis de Seno | <input type="checkbox"/> Reporte operatorio de la implantación de prótesis de seno. |
| <input type="checkbox"/> Reconstrucción de Seno | <input type="checkbox"/> Reporte operatorio de la reconstrucción de seno. |
| <input type="checkbox"/> Prótesis Externa | <input type="checkbox"/> Factura de la prótesis externa (Brassiere o sostén). |
| <input type="checkbox"/> Otras Prótesis | <input type="checkbox"/> Reporte operatorio de la implantación de la prótesis. |
| <input type="checkbox"/> Ambulancia | <input type="checkbox"/> Factura desglosada de los servicios de ambulancia terrestre por la transportación hasta y desde hospital en donde sea admitido por la condición de Cáncer o Enfermedad Perniciosa. |
| <input type="checkbox"/> Hospedaje Local para un Acompañante Adulto | <input type="checkbox"/> Copia del referido para el tratamiento médico en centro hospitalario. (distancia de 25 millas del centro hospitalario). <input type="checkbox"/> Factura desglosada de hospedaje. |
| <input type="checkbox"/> Transportación Aérea | <input type="checkbox"/> Recomendación del médico especialista por tratamiento que no se pueda obtener localmente. <input type="checkbox"/> Factura de gastos incurridos en pasajes. |
| <input type="checkbox"/> Relevo de Pago de Prima | <input type="checkbox"/> Certificado médico del médico especialista con periodo de incapacidad. <input type="checkbox"/> Certificación patronal. |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Funeral | <input type="checkbox"/> Original del Certificado de Defunción con causa de muerte. <input type="checkbox"/> Copia del contrato desglosado de la funeraria. |
| <input type="checkbox"/> Beneficio de Diagnóstico Post-Mortem | <input type="checkbox"/> Informe de Autopsia en donde se confirme el diagnóstico. <input type="checkbox"/> Desgloce con descripción, fecha y costos de los servicios médicos recibidos 45 días previo al fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> Gastos Por Repatriación | <input type="checkbox"/> Factura de los servicios de traslado de los restos a Puerto Rico. |