

PARA AGILIZAR EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN, RECUERDE:

- **Seleccionar Beneficio a reclamar en Parte A.**
- **Completar todos los encasillados de la Parte B.**
- **Completar Parte C de ser necesario.**
- **Incluir documentos requeridos por Beneficio solicitado.**
- **Requerido completar la parte de Pago Electrónico (ACH).**
- **Enviar vía E-mail a: claims@multinationalpr.com**

PARTE A		INSTRUCCIONES: Favor completar este formulario en todos sus apartados según aplique a su reclamación de beneficios e incluir los documentos que correspondan.
✓ SELECCIONE EL BENEFICIO QUE RECLAMA:	DOCUMENTOS REQUERIDOS:	
☐ 1. Pruebas de Prevención	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado y lectura de prueba de prevención realizada.	
☐ 2. Indemnización por el Primer Diagnóstico de Cáncer y Enfermedades Específicas	Lectura de Patología donde indique diagnóstico positivo de Cáncer o resultado del laboratorio o estudio que certifique la enfermedad específica a reclamar. Completar Parte C.	
☐ 3. Indemnización por un Segundo Diagnóstico de Cáncer	Lectura de Patología donde indique diagnóstico positivo, Completar Parte C.	
☐ 4. Nueva Energía	Evidencia de pago por los gastos incurridos por el asegurado.	
☐ 5. Gastos Imprevistos por Hospitalización	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado.	
☐ 6. Indemnización por Hospitalización Continua e Ininterrumpida	Resumen de admisión y alta (Discharge Summary) que indique fecha de admisión y alta. Factura de Hospitalización que indique diagnóstico.	
☐ 7. Cubierta Extendida por Hospitalización	Resumen de admisión y alta (Discharge Summary) que indique fecha de admisión y alta.	
☐ 8. Indemnización por Hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo	Factura de hospital desglosada que indique tiempo en Unidad de Intensivo y diagnóstico.	
☐ 9. Indemnización por Visita a una Sala de Emergencia	Notas médicas de Sala de Emergencia.	
☐ 10. Beneficio de Servicio de Enfermera Privada	Orden del Médico Tratante de Medicina Natural. Evidencia de pago que indique nombre, dirección, número de licencia, fecha de servicio, turno trabajado y la cantidad pagada.	
☐ 11. Medicamentos por Prescripción Médica	Paciente NO hospitalizado: Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado que indique nombre del medicamento comprado / Paciente hospitalizado: Desglose de factura de la hospitalización y Resumen de Alta.	
☐ 12. Medicina Natural	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado.	
☐ 13. Beneficio de Sangre y Plasma	Desglose de factura de la hospitalización que realiza la transfusión.	
☐ 14. Beneficios de Cirugías	Reporte de cirugía que indique código CPT.	
☐ 15. Beneficio de Trasplante de Médula Ósea	Reporte de cirugía, evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado y/o donante por concepto de servicios médicos, alimentación, transportación y hospedaje del asegurado y/o donante.	
☐ 16. Beneficio de Trasplante de Células Madre	Reporte de cirugía que indique código de CPT. Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado.	
☐ 17. Cirugía Ambulatoria	Reporte de cirugía que indique código de CPT. Evidencia de pago por gastos incurridos.	
☐ 18. Segunda Opinión para Cirugía	Importante: Notas médicas de la primera opinión, para poder reclamar Segunda y Tercera opinión, reporte de cirugía que indique código CPT.	
☐ 19. Tercera Opinión para Cirugía		
☐ 20. Beneficios de Anestesia	Reporte de cirugía que indique código CPT. Evidencia de pago por gastos incurridos por anestesiólogo y anestesia.	
☐ 21. Indemnización por Pérdida de Ingresos del Asegurado Principal por Hospitalización	Resumen de admisión y alta (Discharge Summary), certificación patronal.	
☐ 22. Indemnización por Pérdida de Ingresos del Asegurado Acompañante por Hospitalización	Resumen de admisión y alta (Discharge Summary), certificación patronal.	
☐ 23. Beneficio de Asistencia para Alimentos	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado, evidencia médica que certifique la incapacidad, certificación patronal.	
☐ 24. Indemnización por Defectos y/o Anormalidades Congénitas en Hijos Recién Nacidos	Récord médico.	

PARTE A (Continuación) INSTRUCCIONES: Favor completar este formulario en todos sus apartados según aplique a su reclamación de beneficios e incluir los documentos que correspondan.	
✓ SELECCIONE EL BENEFICIO QUE RECLAMA:	DOCUMENTOS REQUERIDOS:
☐ 25. Gastos de Transportación: () Aérea () Servicio de Taxi () Ambulancia Aérea () Transporte Propio () Ambulancia Terrestre	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado, certificación médica justificando el referido, autorización de la compañía para boletos de avión, notas de progreso de las visitas al médico de tratamiento.
☐ 26. Gastos de Transportación Aérea, Hospedaje y Alimentos del Acompañante	Evidencia de pagos por gastos incurridos por un acompañante, evidencia del boleto de avión.
☐ 27. Beneficio por Inmunoterapia	Prescripción médica y evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado.
☐ 28. Tratamiento con Rayos X, Radioterapia, Braquiterapia, Isótopos Radioactivos, Yodo Radioactivo, Quimioterapia u Otros Tratamientos Especiales	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado y/o su plan médico que indique: fecha de servicio, descripción del servicio o nombre del medicamento.
☐ 29. Terapia Experimental	Notas médicas, evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha y descripción del servicio o nombre del medicamento.
☐ 30. Manejo del Dolor, Ansiedad y Depresión	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado.
☐ 31. Canalizando el Estrés	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha y descripción del servicio.
☐ 32. Gastos por Pelucas, Postizo, Sombreros, Gorras, Pañuelos, Maquillaje Permanente y Pestañas postizas	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha de compra y descripción del servicio o artículo.
☐ 33. Prótesis que no requieran Implante Quirúrgico	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha de compra y descripción del servicio o artículo.
☐ 34. Prótesis que requieran Implante Quirúrgico	Reporte de cirugía que indique CPT. Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado.
☐ 35. Equipos Ortopédicos y Otros	Certificación médica que justifique la necesidad del equipo. Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado que contenga fecha de servicio y descripción del equipo.
☐ 36. Suplementos Nutritivos	Orden médica, evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado.
☐ 37. Ama de llaves en el Hogar del Asegurado	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado, orden médica, evidencia de cheques cobrados o giros emitidos a nombre del ama de llaves.
☐ 38. Pañales Desechables	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado o factura que indique claramente la fecha y compra de pañales desechables.
☐ 39. Indemnización por Hogar de Convalecencia	Certificación de la institución que indique nombre de la institución, dirección y teléfono, período de estadía.
☐ 40. Hogar de Convalecencia para el Asegurado (como sustituto temporero del Cuidador)	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado o factura pagada por el asegurado, certificación de la institución que indique nombre de institución, dirección, teléfono y período de estadía.
☐ 41. Pruebas de seguimiento	Resultado del estudio realizado. Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado que indique tipo de estudio realizado y fecha de servicio.
☐ 42. Relevo de Pago de Primas	Récord médico, certificación del médico tratante que indique expectativa de vida de 12 meses o menos. Formulario de Incapacidad (deberá ser solicitado a nuestras oficinas) y expediente médico del especialista que lo incapacita.
☐ 43. Beneficio al Cuidador	Certificación médica que indique expectativa de vida de 12 meses o menos, evidencia de pago por gastos incurridos por el cuidador, carta del asegurado certificando el nombre de su cuidador.
☐ 44. Realizando un sueño	Certificación médica que indique expectativa de vida de 12 meses o menos, asegurado deberá notificar a la compañía el sueño a realizar.
☐ 45. Cáncer y/o Enfermedad Específica Terminal	Certificación médica que indique expectativa de vida de 12 meses o menos, notas de progreso mensual del médico tratante.
☐ 46. Subsidio por Servicios de Energía Eléctrica	Certificación médica que indique expectativa de vida de 12 meses o menos, deberá presentar evidencia de factura de Energía Eléctrica y la misma deberá estar a nombre del asegurado.
☐ 47. Visita del Médico en el Hogar por Cáncer y/o Enfermedad Específica Terminal	Notas médicas de la visita. Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado (recibos de pagos, giros o cheques cobrados).
☐ 48. Beneficio por muerte	Certificado de defunción (RD-77 original) que indique la(s) causa(s) de la muerte.
☐ 49. Gastos por Traslado del Cadáver	Evidencia del traslado y evidencia de pago por la persona que incurra en los gastos.
☐ 50. Gastos Fúnebres	Certificado de defunción (RD-77 original) que indique la(s) causa(s) de la muerte. Evidencia de pago por la persona que incurra en los gastos.

PARTE B			PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (LETRA DE MOLDE)		
1. Número de la póliza:	2. Nombre completo del asegurado principal:	3. Seguro Social del Asegurado principal:			
			-		
4. Fecha de nacimiento del paciente:	5. Nombre completo del paciente:	6. Seguro Social del paciente:			
			-		
7. Teléfono residencial:	8. Dirección postal:	9. Parentesco con el asegurado principal			
10. Teléfono de la oficina:		☐ Cónyuge ☐ Hijo dependiente			
12. Fecha de diagnóstico o biopsia positiva:	13. Diagnóstico (tipo de cáncer o enfermedad específica bajo el cual reclama)				
14. ¿Alguna vez ha recibido usted tratamiento o atención médica para condiciones de cáncer?: ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es Sí, explique detalladamente:					
AVISO ANTIFRAUDE 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 presentarse 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 (5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (10,000.00) 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.					
Certificación y/o autorización: Certifico que toda la información suministrada por mí, en este formulario es cierta. Conozco que la ley impone penalidades severas, como multa, cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa con propósito de obtener beneficios del seguro. Autorizo a todos los médicos, hospitales y otras instituciones que me atendieron, a mi cónyuge o a mis hijos dependientes, que suministren a MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY cualquier información pertinente a esta solicitud. Autorizo a mi patrono a entregar a MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY información o documentos necesarios para determinar mis beneficios.					
FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O TESTIGO			FECHA		

Nota: Si el Asegurado Principal o Paciente no puede firmar, favor de hacer una equis (X) y un testigo deberá firmar (abajo) e indicar la razón por la cual el Asegurado Principal no puede firmar.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO	
FIRMA DEL TESTIGO	FECHA
Razón por la cual el Asegurado Principal no puede firmar: _____	

PAGO ELECTRÓNICO (ACH)	
Favor de completar esta parte para realizar el trámite de pago directo por medio de ACH.	
Nombre del Banco: _____	Nombre del Dueño de la Cuenta: _____
Número de Cuenta Bancaria: _____	Confirmar Número de Cuenta Bancaria: _____
Número de Ruta y Tránsito (ABA): _____	Tipo de Cuenta: ☐ Cheque ☐ Ahorro

CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información aquí ofrecida por mi es cierta y correcta, que la misma es ofrecida con el único propósito de inducir a la Compañía a pagar por el reclamo sometido a Multinational Life Insurance Company.

NOMBRE DEL RECLAMANTE (LETRA DE MOLDE)	
FIRMA DEL RECLAMANTE	FECHA

***Multinational Life Insurance Company estará realizando el pago al número de cuenta provisto por usted. De haber algún error en el número de cuenta provisto, no nos haremos responsables por el recobro del mismo.**

PARTE C PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DE CABECERA	
1. Nombre del paciente:	2. Diagnóstico (ICD-9 o CPT) tipo de cáncer o enfermedad específica:
3. ¿Cuándo notaron los síntomas por primera vez? Fecha:	4. ¿Cuándo el paciente le consultó por primera vez para esta condición? Fecha:
5. ¿Ha tenido el paciente este síntoma o alguno similar en otra ocasión? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", favor explicar (Indique fecha):	6. ¿Alguna vez el paciente ha recibido tratamiento o atención médica para condiciones cancerosas? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es "Sí", explique detalladamente:
7. Indique fecha y resultados patológicos: Fecha: _____ Resultados: _____	
Cualquier persona, incluyendo agente de seguros, corredor o solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o un patrono, que hiciere, ayudare o participare en hacer una falsa representación de hechos o someter información incompleta, sabiendo que la información no es cierta, para insertar en una solicitud de seguro o en un informe o declaración (reclamación) en relación con dicho seguro, se podría considerar que ha cometido fraude para efectos del Código de Seguros. (Ver Artículo 27.190 del Código de Seguros)	

INFORME DE SERVICIOS

Fecha de Servicio	Lugar	Describa la naturaleza de los servicios prestados (ya sean médicos o quirúrgicos)	Cargos
			\$
			\$
			\$
			\$
Nombre del médico (en letra de molde):		Número de licencia:	Especialidad:
Dirección postal del médico:			

.....

CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información antes ofrecida está basada en una probabilidad y necesidad médica razonable y que es verdadera y correcta a mi mejor entender. CERTIFICO, además, que el paciente bajo mi atención, según aquí indicado, no es cónyuge, pareja consensual, ni familiar (directo o indirecto) del que aquí suscribe.

_____	_____	_____
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA	TELÉFONO DE LA OFICINA
_____	_____	
FIRMA DEL PACIENTE	FECHA	
(Aplica solamente cuando es mayor de edad)		