



Formulario para reclamación por cáncer

Presente las reclamaciones usando el Centro de servicios en línea (Online Service Center, OSC) para pagos más rápidos, actualizaciones de estado de la reclamación y depósito directo, entre otras ventajas.

[¡Regístrese o inicie sesión ahora!](#)

Instrucciones para el asegurado o paciente

Este formulario de reclamación no se debe usar para presentar una reclamación por beneficios de buen estado de salud o exención de prima. Para presentar una reclamación por beneficios de buen estado de salud, use el formulario de reclamación por buen estado de salud. Para presentar una reclamación de exención de prima, use el formulario de reclamación de exención de prima.

- Complete la Declaración del asegurado (secciones A a D) según corresponda a su reclamación.
- No es necesario completar la sección E; sin embargo, completarla reducirá demoras en el procesamiento en caso de necesitar información adicional sobre su reclamación.
- La documentación indicada debe acompañar la Declaración del asegurado completa cuando presenta una reclamación.
 - El informe de patología debe enviarse al presentar una reclamación por:
 - Diagnóstico inicial de cáncer
 - Diagnóstico nuevo de cáncer
 - Cirugía, incluso biopsias
 - Cuando se presenta una reclamación por servicios tales como hospitalizaciones, cirugía, quimioterapia, inmunoterapia, terapia de radiación, terapia hormonal, anestesia, etc.:
 - Factura médica detallada¹ de cada proveedor médico
 - Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)² de su otra aseguradora de salud que indique los montos permitidos y pagados por cada servicio
 - La factura detallada³ o el recibo detallado⁴ debe enviarse cuando se presenta una reclamación para:
 - Dispositivos ortopédicos, pelucas y otros equipos médicos duraderos
 - Gastos de viaje y alojamiento
 - Es posible que se pida un informe operativo⁵ si se presenta una reclamación por cirugías múltiples realizadas en la misma fecha.
 - Copia de la receta médica⁶ cuando presenta una reclamación por medicamentos recetados para quimioterapia, terapia hormonal, dolor y contra las náuseas suministrados a través de una farmacia
- Se requiere su firma en la Sección de reconocimiento de la Declaración del reclamante para la consideración del beneficio

Tenga en cuenta que los beneficios/coberturas detalladas anteriormente pueden no estar cubiertas según su plan. Consulte su certificado para ver la cobertura de beneficios específica de su plan.

¹La factura médica detallada debe incluir el diagnóstico para el que se brindó el tratamiento y los procedimientos que se realizaron. Se puede presentar una copia de los formularios de reclamación estandarizados, comúnmente llamado un formulario UB o CMS, en lugar de la factura detallada.

²La Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) debe incluir el procedimiento o servicio, la fecha del servicio, el nombre del paciente, el monto facturado, los montos permitidos y pagados por la aseguradora y la parte de los cargos por los que el paciente es responsable.

^{3,4} La factura detallada, o el recibo detallado, debe incluir el servicio o elemento comprado, cada fecha de servicio o fecha de compra, monto cobrado, y nombre del proveedor o la empresa, dirección y número de teléfono. La factura detallada o el recibo detallado también debe incluir la ubicación de origen y de destino cuando se presenta una reclamación por transporte no local.

⁶La receta médica debe incluir la orden escrita del médico donde autoriza a un proveedor a entregar un medicamento específico para un paciente con instrucciones sobre su uso.



Formulario para reclamación por cáncer

DECLARACIÓN DEL/DE LA ASEGURADO/A

Sección A - Sobre el asegurado

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Fecha de nacimiento	Número de seguro social o número(s) de póliza		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono residencial	Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico	

Sección B - Sobre el paciente

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento

Sección C - Transporte no local

Fecha de inicio de viaje	Método de viaje	Ubicación de tratamiento			
		Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Alojamiento de familiar

Fecha de inicio de viaje	Domicilio de familiar			Ubicación de tratamiento			Relación con el paciente
	Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal	

Reconocimiento - Su firma es necesaria para la consideración de beneficios

Certifico que las respuestas que he dado a las preguntas precedentes son, a mi leal saber y entender, completas y verdaderas. Reconozco que he leído la notificación sobre fraude incluida en este formulario de reclamación.

Firma del asegurado/beneficiario

Fecha de firma

--	--



Formulario para reclamación por cáncer

Sección D – Declaraciones sobre fraude en el formulario de reclamación

Las siguientes declaraciones sobre fraude se adjuntan y son parte integral de este formulario de reclamación. **Lea y no retire esta página del formulario de reclamación.**

Si vive en una jurisdicción que no se menciona más adelante, lo siguiente aplica para usted: Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Alabama - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a restitución, multas o encarcelamiento, o cualquier combinación de estos.

Alaska - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora podría estar sujeta a acciones legales según la ley del estado.

Arizona - Para su protección, la legislación de Arizona requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro estará sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas, District of Columbia, Louisiana, Rhode Island y West Virginia - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para su protección, la legislación de **California** requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para realizar una reclamación para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado - Es ilegal suministrar intencionalmente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una aseguradora con el objetivo de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños y perjuicios civiles. Se denunciará a toda aseguradora o representante de una compañía de seguros que suministre intencionalmente datos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el objetivo de estafar al titular de la póliza o reclamante con respecto a la liquidación del siniestro o indemnización pagadera por el producto del seguro ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de organismos reguladores.

Delaware, Idaho and Oklahoma - ADVERTENCIA: toda persona que presente intencionalmente una reclamación por el producto de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora es culpable de un delito grave.

Florida - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora es culpable de un delito grave de tercer grado.

Indiana - Una persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de estafar a una aseguradora comete un delito grave.

Kentucky - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con la intención de confundir, información sobre cualquier dato de la reclamación, con la intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona, comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington - Es un delito suministrar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una aseguradora con el objetivo de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la negación de beneficios del seguro.

Maryland - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Minnesota - Una persona que presente una reclamación con el objetivo de estafar o ayude a cometer fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

New Hampshire - Toda persona que, con el objetivo de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a acciones legales y castigo por fraude de seguros, según se establece en RSA 638:20.

New Jersey - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones civiles y penales.

New Mexico - TODA PERSONA QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO O BENEFICIO O QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGUROS ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Ohio - Toda persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando una estafa contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Pennsylvania - Toda persona que presente intencionalmente una solicitud de seguros o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con la intención de confundir, información sobre cualquier dato de la reclamación, con la intención de estafar a una aseguradora o a otra persona, comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico - Toda persona que intencionalmente y con el objetivo de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude a presentar o haga que se presente una reclamación fraudulenta para el pago de un siniestro o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o siniestro, estará incurriendo en un delito grave y, al ser condenada, será sancionada por cada violación con una multa que no será inferior a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) ni superior a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000), o a un periodo de tiempo fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o a ambas sanciones. En caso de que existieran circunstancias agravantes, la sanción así establecida podría aumentar a un máximo de cinco (5) años, si existieran circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Para su protección, la legislación de **Texas** requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.



Formulario para reclamación por cáncer

Sección E – Autorización para solicitar información que incluye información médica protegida

El objetivo de este formulario es permitir a American Public Life Insurance Company (APL), o a socios comerciales que actúen en representación de APL en la administración de productos y servicios de APL, obtener datos que incluyen, sin carácter limitativo, información de empleo, información financiera e información médica protegida sobre mí, de cualquier parte que cuente con dicha información. Una vez que se obtienen dichos datos, APL podría usarlos para revisar o procesar beneficios, confirmar información de la póliza, o de otra manera revisar o procesar información relacionada con mi relación como cliente con ellos.

Por la presente autorizo a las entidades especificadas a continuación a divulgar cualquier información sobre mi salud o situación financiera o la de mis dependientes; esto incluye todo el registro médico e historial de tratamiento de enfermedades físicas o emocionales, incluso evaluación psicológica, excepto notas de psicoterapia, a las personas que representen a APL y que participen en la determinación de mi elegibilidad para beneficios según la cobertura de mi seguro. Aquellos autorizados para tal fin son: a) médicos o profesionales de la medicina con licencia; b) hospitales, clínicas o instalaciones relacionadas con la medicina o sus socios comerciales; c) planes de salud; d) la Administración de Veteranos; e) empleadores actuales o anteriores; f) farmacias; g) compañías de seguros; h) la Administración del Seguro Social; i) sistemas de jubilación; j) Departamento de Vehículos Automotores; k) bancos o instituciones financieras y l) aseguradoras de compensación laboral. APL solamente divulgará datos recolectados conforme a esta autorización según sea necesario para nuestros fines comerciales legítimos y solamente en la medida permitida por las leyes.

AVISO: la información autorizada para divulgación puede incluir información sobre enfermedades transmisibles o venéreas como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida) u otra afección por la que pudiera haber recibido tratamiento.

Comprendo que APL no podrá condicionar pagos de reclamaciones, inscripción o elegibilidad para beneficios a mi firma de esta autorización. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización; no obstante, no firmar esta autorización podría causar una negación de los beneficios o incapacidad para pagar beneficios según mi póliza si no firmar hace que APL no tenga información suficiente para procesar mis beneficios. Comprendo puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a APL, P.O. Box 248950, Oklahoma City, OK 73124-8950 o llamando al 800-256-8606. Comprendo que mi derecho a revocar esta autorización está limitado en la medida en que: APL haya actuado confiando en esta autorización; o las leyes le proporcionen a APL el derecho a cuestionar mi cobertura de seguros o una reclamación según mi cobertura de seguros. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Comprendo que si la información de salud protegida se divulga a una persona u organización que no tiene la obligación de cumplir con las reglamentaciones federales sobre privacidad, la información podría divulgarse y ya no estar protegida por las reglamentaciones federales sobre privacidad. Además de los tipos de información arriba descritos, también autorizo a APL a acceder a cualquier otro tipo de información considerada necesaria para investigar mi reclamación. Esta información incluye, sin carácter limitativo, información financiera, información entregada para reclamaciones de seguro o coberturas de seguro, o relacionada con estas, y registros de empleo. Toda parte que tenga esta información queda por la presente autorizada a divulgarla a APL.

Para la cobertura del seguro de salud, esta autorización vencerá a los 24 meses a partir de la fecha de su firma o al momento de cese de mi póliza del seguro, lo que ocurra primero. Para la cobertura de un seguro distinto al seguro de salud, esta autorización vencerá a los 24 meses a partir de la fecha de su firma o al momento de vencimiento de mi reclamación de beneficios, lo que ocurra primero.

Número de póliza de APL	Nombre en letra de imprenta del paciente	Fecha de nacimiento del paciente

Firma (<i>paciente</i>) o representante personal (<i>si corresponde</i>)	Fecha de firma

Relación del representante personal con el/la paciente (si corresponde)
Si un representante personal proporciona la autorización, se debe incluir una descripción de la autoridad para actuar en representación del asegurado.

--