

**PROCEDIMIENTOS PARA EMERGENCIAS / PROCEDIMIENTOS
PARA AMBULANCIA AEREA
PRE-CERTIFICACION / COMO SOMETER UNA RECLAMACION**

PRE-CERTIFICACION

Todos los asegurados deben pre-certificar cualquier ingreso al hospital para obtener mejor servicio en el proceso de su reclamación, y para recibir el 100% de cobertura, de acuerdo a la Tabla de Beneficios.

La pre-certificación no es una garantía de pago. Pre-certificación significa que el asegurado, o el médico que le atiende, tiene que reportar al Departamento Médico de Morgan-White Administrators International, Inc., la(s) condición(es) médica(s) por la(s) cual(es) el asegurado merece hospitalización y tratamiento, para poder evaluar la información apropiadamente. A fin de apresurar el proceso, se debe proveer la siguiente información:

- La planilla Modelo de Reclamación Médica de la Compañía.
- Reporte del médico tratante estableciendo: diagnóstico, fecha del suceso, comienzo de los síntomas, tratamiento previo recibido por la misma condición, evolución, complicaciones, y el procedimiento médico/quirúrgico actualmente recomendado.
- Resultados de las pruebas de laboratorio, Rayos-X, y todos los demás exámenes médicos realizados.
- Copia de historia clínica anterior.
- Copia de historia quirúrgica anterior.

Tan pronto como el Departamento Médico reciba la información médica descrita, uno de nuestros doctores se comunicará con el médico del asegurado para solicitar cualquier información adicional que sea necesaria. Cuando se complete toda la información, la Compañía enviará la Verificación de Cobertura (que no es una garantía de pago), que está sujeta a la cobertura, provisiones y definiciones, y a las exclusiones generales y específicas de la póliza.

En casos electivos, toda la información requerida debe ser sometida a Morgan-White Administrators International, Inc., al menos 15 días antes de la admisión del asegurado al hospital.

En casos de emergencia, el asegurado o el hospital deben comunicarse con la Compañía durante las primeras 48 horas de admisión al hospital.

La falta de cumplir con los procedimientos anteriormente expuestos resultarán en una reducción de beneficios, de acuerdo a su póliza.

COMO SOMETER UNA RECLAMACION

El asegurado debe comunicarse con Morgan-White Administrators International, Inc., o con American Medical Services, al menos 72 horas antes de recibir cualquier atención médica, y al menos 15 días antes de cualquier admisión hospitalaria (pre-certificación). El tratamiento médico de emergencia debe ser reportado dentro de las primeras 48 horas. Si el asegurado no se comunica con Morgan-White Administrators International, Inc., o con American Medical Services dentro del tiempo establecido, el asegurado pudiera ser responsable de un porcentaje de todos los gastos cubiertos, además del deducible y el co-aseguro (sí es aplicable). Debe someterse prueba por escrito de la pérdida a Morgan-White Administrators International, Inc., 3191 Coral Way, Suite 704, Miami, FL 33145, dentro de los 90 días después de la fecha de dicha pérdida.

PARA PROCESAR APROPIADAMENTE SU RECLAMACION, FAVOR DE ENVIARNOS:

1. La planilla Modelo de Reclamación Médica de la Compañía.
2. La Planilla de Reclamación debidamente completada y firmada por ambos, el asegurado y el médico tratante.
3. Copia de los reportes médicos completos.
4. En caso de cirugía o biopsia, se necesitará un reporte de patología.
5. Todas las facturas originales.
6. Gastos de laboratorio, incluyendo lista desglosada de pruebas realizadas y sus costos.
7. Gastos de farmacia, incluyendo lista detallada de todas las medicinas dispensadas.
8. Si usted tiene otra póliza de seguro médico, la reclamación debe ser primero procesada a través de esa póliza y el balance remanente presentado a Morgan-White Administrators International, Inc., o a American Medical Services para su determinación.
9. Certificado de estudiantes a tiempo completo (aplica solamente a asegurados entre los 18 y 24 años de edad).

PROCEDIMIENTOS PARA CASOS DE EMERGENCIA Y ACCIDENTES:

EMERGENCIA significa la ocurrencia de cualquier evento repentino o imprevisto que resulta en que el asegurado requiera Tratamiento de Emergencia.

Para procesar apropiadamente su reclamación en caso de Tratamiento de Emergencia o accidente, favor de enviarnos:

1. La planilla Modelo de Reclamación Médica de la Compañía.
2. La Planilla de Reclamación completamente llenada y firmada por ambos, el asegurado y el médico tratante.
3. Copia de los reportes médicos completos.
4. Todas las facturas originales.
5. En caso de trauma, enviar Rayos-X y reporte del salón de emergencia donde el paciente fue atendido.

6. En caso de accidente automovilístico, el reporte policiaco será requerido (en ausencia de un reporte policiaco, se necesitará una carta explicando el evento), explicación de los beneficios de la compañía de seguros del vehículo (sí los gastos médicos no están cubiertos bajo esa póliza, una carta de explicación de la compañía de seguros también se requerirá). Si el asegurado no tiene seguro de automóvil, se requerirá una carta de explicación.
7. Resultados de pruebas para determinación del nivel de alcohol y/o nivel de drogas en la corriente sanguínea.

Los beneficios son pagaderos de acuerdo a los Términos y Condiciones de su póliza.

INFORMACION IMPORTANTE QUE DEBE LEER

- El deducible seleccionado es la responsabilidad del asegurado cuando somete una reclamación o se rinde el tratamiento.
- El co-aseguro es la responsabilidad del asegurado cuando somete una reclamación o se rinde el tratamiento.
- El co-pago es la porción de gastos cubiertos que el asegurado debe pagar.
- La falta de cualquier proveedor de proporcionar cualquier información médica solicitada resultará en la negación de beneficios. Vea Condición General número 5.
- La falta de firmar y devolver el Modelo de Reclamación Médica de la Compañía resultará en pérdida de beneficios. Vea la Condición General número 6.
- La falta de proveer prueba de la pérdida a la Compañía dentro de los 90 días de su ocurrencia invalidará la reclamación.

PROCEDIMIENTOS Y CRITERIO A SEGUR PARA TRANSPORTE DE EMERGENCIA POR AMBULANCIA AEREA

La Ambulancia Aérea de Emergencia debe ser considerada médicamente necesaria cuando:

1. La evacuación de un asegurado es médicamente necesaria.
2. El tratamiento necesario no está disponible localmente.
3. El transporte por cualquier otro método resultaría en pérdida de la vida.

El transporte aéreo debe ser solicitado por el médico tratante, basado en criterio médico. Esta solicitud debe acompañarse por un documento administrativo de la institución médica donde el asegurado está siendo atendido, declarando que el hospital no tiene las facilidades médicas para rendir el tratamiento apropiado que nuestro asegurado requiere. El médico también debe someter a Morgan-White Administrators International, Inc., la información médica completa del paciente, incluyendo historial médico pasado y presente, pruebas de laboratorio y Rayos-X, así como las notas del doctor.

Una vez que esta información sea recibida en nuestras oficinas, el Departamento Médico de la Compañía analizará la información y determinará si el transporte aéreo se aprobará o no.

En caso afirmativo, American Medical Services coordinará y manejará el arreglo necesario para transportar al paciente al lugar más cercano donde pueda rendirse el tratamiento. La Compañía, American Medical Services y Morgan-White Administrators International, Inc., retienen el derecho a decidir el lugar a donde la persona asegurada será transportada.

Si el tratamiento estuviera disponible localmente, pero la persona asegurada prefiere ser tratada en otro lugar, los costos de transporte serán responsabilidad de la persona asegurada.

Es condición de la póliza que la Compañía determine donde se hospitalizará al asegurado después del transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea.