

# FORMULARIO POC

**SOLAMENTE PARA USO INTERNO DE OFICINA:** POC # \_\_\_\_\_, Tipo de Reclamo: \_\_\_\_\_, Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_

Nombre y Domicilio del Demandante	Información de Póliza (si es aplicable)
Nombre	Nombre del Asegurado
Fecha de Nacimiento	Nro. de Seguro Social
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento del Asegurado
Nombre de Compañía y Número de Identificación Tributaria (si es aplicable)	No. de Identificación del Miembro
Domicilio	Fechas de Cobertura
Ciudad/Estado/Código Postal	<b>Nombre y No. de Teléfono de Contacto Alternativo</b>
Número de Teléfono	Correo Electrónico
<b>Si el demandante está representado por un abogado, por favor de completar esta sección y adjunte un copia del poder legal (procuración).</b>	
Nombre de Abogado y de Firma	No. de Tarjeta de Barra
Dirección	No. de Identificación Tributaria
Ciudad/Estado/Código Postal	No. de Teléfono
Correo Electrónico	No. de Fax

Todos los reclamos presentados al Administrador Judicial Adjunto Especial ("SDR") se harán constar con detalle razonable: (1) la cantidad de cada uno de los reclamos; (2) los hechos y fundamentos en que se basa cada una de las reclamaciones y las cantidades reclamadas; (3) el nivel de prioridad en cual están siendo sometidos al SDR (es decir, "prioridades" significan un reclamo acreedor asegurado, una reclamación acreedor ordinario sin garantía, etcétera). Todas dichas reclamaciones se deben verificar por la declaración jurada del demandante, o por alguien autorizado para actuar en nombre del demandante quien tiene conocimiento de los hechos (y debe incluir documentación adecuada). Todas las reclamaciones y documentación que apoya o respalda a cada uno de los reclamos deben ser presentadas al SDR. El SDR reserva el derecho de solicitar documentación adicional, según sea necesario, para hacer una determinación sobre su reclamo. Proveedores de Cuidado de Salud ("Proveedores"), tal como los médicos u hospitales, son exentos del uso del Formulario POC para reclamos existentes que ya han sido sometidos a NHC o para los reclamos nuevos que puedan solicitar. Los Proveedores no deberán someter el Formulario POC para sus reclamos, pero deberían revisar minuciosamente las instrucciones del POC para guiarse con detalle sobre las fechas límites y los requerimientos para la sumisión de los reclamos de los Proveedores. Vea las páginas siguientes para las instrucciones del POC (Comprobante de Reclamo) que debe usar cuando este completando este formulario POC y para información sobre los reclamos del Proveedor.

<b>Explicación de Reclamo:</b>	<b>(Adjunte paginas adicionales si es necesario)</b>
--------------------------------	--

---



---



---

Estado de \_\_\_\_\_ §  
 Condado de \_\_\_\_\_ §

A menos que claramente se indique en este Formulario de Comprobante de Reclamo, Yo solo tengo derecho a presentar este Formulario de Comprobante de Reclamo, ningún otra persona tiene interés en los reclamos que se están sometiendo a través de este Formulario de Comprobante de Reclamo, no se ha realizado ningún pago sobre el reclamo o reclamos presentados aquí presente, ningún otra parte tercera es responsable de esta deuda, los sumas reclamadas en este Formulario de Comprobante de Reclamos son justamente debidos y no hay ninguna otra compensación o defensa para el pago de esta reclamación. Yo declaro bajo pena de perjurio, que todas las declaraciones hechas en este Formulario de Comprobante de Reclamo y todos los documentos adjuntos a este formulario son verdaderos, completos, y correctos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Demandante o Agente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de imprenta)

Jurado y suscrito ante mí este \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

**AVISO: ADJUNTE SU DOCUMENTACIÓN PARA APOYAR SU RECLAMO.**

**INSTRUCCIONES PARA COMPROBANTE DE RECLAMO**  
**LEA ATENTAMENTE ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO DE**  
**COMPROBANTE DE RECLAMO**

Utilice este Formulario de Comprobante de Reclamos (“**POC**”) para presentar su reclamo contra el patrimonio de la Administración Judicial de Nevada Health CO-OP (“**NHC**”). Completando este formulario correctamente, usted presenta su reclamo y ayuda a que el Administrador Judicial Adjunto Especial (“**SDR**”) considere su reclamo adecuadamente. *Es muy importante que usted complete todas las secciones que son aplicables a usted y que devuelva la forma al SDR como se indica abajo. Formularios incompletos o inexactos pueden resultar en un retraso o la denegación de su reclamo.* El SDR revisara su reclamo y determinara si tiene derecho a algún pago de reclamación.

**UN FORMULARIO POC DEBE SER COMPLETADO, FIRMADO, Y RECIBIDO POR NHC EL DIA DE O ANTES DEL DÍA 28 DEL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017 (LA “FECHA LÍMITE”). CUALQUIER POC ENVIADO POR CORREO POSTAL SERA CONSIDERADO RECIBO DE MANERA OPORTUNA EN LA MEDIDA EN QUE SE A RECIBIO DENTRO DE TRES DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA LÍMITE. SI EL POC NO SE RECIBE DENTRO DEL PLAZO DE LA FECHA LÍMITE CAUSARA QUE SU RECLAMO SE CLASIFIQUE COMO TARDÍO Y HECHO INELEGIBLE PARA LA DISTRIBUCIÓN DE BIENES, SI ES QUE HAY ALGUNOS DE PARTE DE NHC. LOS RECLAMOS DEBEN SER NO CONTINGENTES Y LIQUIDADOS EN LA CANTIDAD ANTES DE LA FECHA LÍMITE PARA COMPARTIR EN LOS BIENES DE NHC.**

Para completar este formulario, por favor siga estas instrucciones:

Proporcione su nombre completo, dirección permanente, número de teléfono y (si tiene acceso a un correo electrónico) su dirección de correo electrónico. Usted debe notificarle al SDR por escrito de cualquier cambio de domicilio o número de teléfono que ocurra durante el proceso de la Administración Judicial.

1. El “Demandante” es la persona/entidad a la cual se le deberá dinero por parte de NHC. Usted debe proporcionar el nombre del Demandante y el número de Seguro Social y/o el número de Identificación Tributaria en el POC. El POC también debe estar firmado y fechado. Las reclamaciones presentadas por organizaciones de empresa deben estar firmadas por un representante autorizado, y la capacidad de la firma debe ser indicada en el formulario de reclamación. Un poder legal (procuración) debe estar adjunto si un abogado está firmando este formulario en nombre de un cliente.

Los Proveedores del Cuidado de Salud (“Proveedores”), tal como los médicos u hospitales, están exentos de ser requeridos utilizar el formulario POC para reclamos existentes que ya han sometido a NHC o para reclamos nuevos que ellos puedan someter. Los Proveedores no son requeridos a volver a solicitar reclamaciones existentes con NHC, y estas reclamaciones existentes serán consideradas oportunas mientras ellos cumplan con los procedimientos previamente establecidos para el procesamiento de los reclamos en el curso normal del negocio de NHC (es decir, en la mayoría de los casos, las reclamaciones sometidas por primera vez más de 12 meses después de la fecha del servicio se consideran tardías por NHC y pueden ser denegadas por el SDR por esta razón.) Reclamaciones nuevas de los Proveedores deben ser sometidas con NHC antes de la Fecha Límite, pero los reclamos para el cuidado de salud deben ser sometidos como previamente han sido sometidas con NHC, y todavía serán sujetos a todos los procesamientos de NHC y fechas límites previamente estabilizados. Los Proveedores no deben de usar este formulario POC para la sumisión de reclamaciones nuevas. Las reclamaciones de

**INSTRUCCIONES PARA COMPROBANTE DE RECLAMO**  
**LEA ATENTAMENTE ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO DE**  
**COMPROBANTE DE RECLAMO**

Proveedor nuevas sometidas después de la Fecha Límite serán consideradas tardías y serán inelegibles para pago. LOS PROVEEDORES NO DEBEN SOMETER RECLAMACIONES DUPLICADAS (es decir, reclamos que previamente habían sido sometidas a NHC), ya que esto retrasará el tiempo de procesamiento para todos sus reclamos. Sin embargo, puede volver a someter reclamos que requieran correcciones. Los Proveedores que han recibido un pago parcial no requieren someter el Formulario POC por la restante cantidad debida—y no se les requiere tomar cualquier otra acción a menos de que se les notifique por parte de la Administración Judicial del NHC.

Los proveedores deben llamar al 1-855-606-2667 o mandar un correo electrónico a **POC@NevadaHealthCoop.org** para verificar que todos sus reclamos han sido sometidos y están siendo procesados.

Para todas las reclamaciones que no sean de Proveedores, reclamaciones nuevas debe ser sometido antes de la Fecha Límite utilizando este Formulario POC y siguiendo estas instrucciones. Los reclamos recibidos después de la Fecha Límite serán considerados tardíos e inelegibles para pago.

2. Si usted es un **Miembro** sometiendo sus propios reclamos, por favor tenga en cuenta que todas las facturas deben ser detalladas demostrando los días del servicio y que tipo de servicio(s) fue/fueron recibido(s). Si usted previamente fue asignado su reclamo a un proveedor médico, a otra persona o entidad, por favor proporcione una copia de la asignación al SDR.
3. Reclamos para los servicios del cuidado de salud prestados en el año 2016 o después no deben ser sometidos a NHC. Como se anunció el día 25 del mes de Agosto del año 2015, NHC dejó de proporcionar cobertura de salud a partir del día 1 del mes de Enero del año 2016. Todas las pólizas de NHC fueron terminadas el día 1 del mes de Diciembre del año 2015.
4. **USTED DEBE DE INCLUIR DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE SU RECLAMO.** Una reclamación puede ser rechazada parcialmente o totalmente si falla en describir o documentar el reclamo adecuadamente. Toda la documentación apoyando el reclamo debe ser sometida al Administrador Judicial de NHC antes de la Fecha Límite.
5. Para reducir los gastos de la Administración Judicial, el SDR no enviara reconocimientos de los Formularios POC recibidos. Sin embargo, usted recibirá un aviso de cualquier decisión sobre su reclamo a la dirección que usted ha proporcionado en el Formulario POC al SDR. Si usted tiene un cambio de domicilio después de haber sometido un formulario POC, usted debe notificárselo al SDR para que usted pueda continuar recibiendo correspondencia sobre su reclamo. Los demandantes pueden llamar al 1-855-606-2667 o mandar un correo electrónico a **POC@NevadaHealthCoop.org** para verificar que todos sus POCs han sido recibidos por el SDR.
6. La Administración Judicial tal vez solo apruebe una parte de las reclamaciones basados en los bienes disponibles de NHC.
7. Si es aplicable, usted debe revelar todos los depósitos, dinero en efectivo, primas, valores, fondos fiduciarios, cartas de crédito, y otros bienes de NHC que usted mantiene, controla, o espera

**INSTRUCCIONES PARA COMPROBANTE DE RECLAMO**  
**LEA ATENTAMENTE ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO DE**  
**COMPROBANTE DE RECLAMO**

recibir de alguna otra parte que no sea NHC. Los Agentes de Bolsa deben de someter una contabilidad de todas las primas y comisiones celebradas en el momento cuando los planes fueron terminados.

8. Después de que usted completa el Formulario POC, usted debe de revisar el formulario completado, y debe de firmar ante un Notary Public, e incluir la fecha. Falta de completar el Formulario POC correctamente conforme a estas instrucciones puede causar que su reclamo se retrase o sea rechazado. Es recomendado que usted devuelva el Formulario POC mediante Correo Certificado, con Reconocimiento de Recibo o cualquier otro método que proporcione una prueba de entrega. Por favor conserve una copia para sus archivos, y envíe el formulario a:

Nevada Health CO-OP  
ATTN: Special Deputy Receiver/POC  
840 S. Rancho Drive #4-321  
Las Vegas, Nevada 89106

Usted también puede someter su Formulario POC por correo electrónico, a [POC@nevadahealthcoop.org](mailto:POC@nevadahealthcoop.org), siempre y cuando el correo electrónico incluya un comprobante de reclamo ejecutado y jurado (es decir, firmado y notariado). Demandantes que envíen por correo electrónico tal vez deseen comunicarse con NHC para confirmar que su Formulario POC fue recibido, particularmente si los archivos adjuntos son grandes. ¡Los demandantes son responsables de asegurarse que sus reclamos hayan sido recibidos antes de la Fecha Límite mencionada anteriormente!