

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA PAGADA



Su plan de licencia familiar y médica pagada ayuda a proteger sus ingresos en caso de una enfermedad incapacitante, lesión, permisos de ausencia o para cuidar a un familiar con una condición grave. Siga las instrucciones abajo sobre cómo presentar un reclamo ante Mutual of Omaha.

Para procesar su reclamo a tiempo, se deben completar y firmar las tres secciones de la presentación del reclamo:

- ☒ Sección 1: Declaración del empleado que incluye autorizaciones para revelar información
- ☒ Sección 3: Certificación de una condición grave
- ☒ Sección 4: Declaración del empleador

Encontrar formularios

Encuentre el formulario de licencia familiar y médica pagada en línea:

www.mutualofomaha.com/support/forms

En la página de formularios, seleccione Soy miembro del plan (empleado) y elija su estado. Seleccione "Formulario de reclamo de licencia familiar y médica pagada".

O

Contacte a su Departamento de RR. HH.

Opciones de presentación

Fax/Papel

1. Seleccione "Formulario de reclamo de licencia familiar y médica pagada" e imprima.
2. Complete su sección y haga que su empleador y médico completen sus secciones y firmen.
3. Envíe las páginas por fax a Mutual of Omaha al [402-997-1878](tel:402-997-1878).

O escanee los formularios completos y firmados y envíelos por correo electrónico a: submitgroupPFML@mutualofomaha.com

Portal del empleado

1. Visite mutualofomaha.com/my-benefits. Regístrese para obtener una cuenta o inicie sesión con sus credenciales.
2. Haga clic en el ícono "enviar reclamo" en la página de inicio del portal.
3. En la página de formularios, seleccione "Soy un miembro del plan (empleado)" y elija el estado correspondiente.
4. Seleccione el formulario necesario, luego seleccione "Completar formulario en línea".

Teléfono

1. Llame al [1-833-928-2179](tel:1-833-928-2179) para iniciar el proceso de reclamos.
2. Un representante de servicio al cliente completará la Sección 1 (Declaración del empleado) con usted.
3. Dé la información de contacto de su médico (teléfono, fax, dirección).
4. Después de la llamada, imprima el formulario "Autorización para revelar información personal". Complete y firme.
5. Pídale a su médico que complete la Sección 3, Certificación de una condición grave.
6. Haga que su empleador complete la Sección 4, Declaración del empleador.
7. Los formularios completos se pueden enviar por fax al [402-997-1878](tel:402-997-1878).

O escanee los formularios completos y firmados y envíelos por correo electrónico a: submitgroupPFML@mutualofomaha.com

O envíelos por correo a:

Mutual of Omaha Insurance Company
Group Insurance Claims
3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001

Tenga en cuenta

Si tiene una póliza de discapacidad a corto plazo correspondiente con Mutual of Omaha, no es necesario completar un formulario adicional de reclamos por discapacidad a corto plazo. Su especialista en reclamos de beneficios se comunicará con usted para obtener cualquier información adicional necesaria.

*MutualofOmaha enviará por fax una certificación médica a su médico una vez que se reciba su información.