

SOUTH BAY H.E.R.E. HEALTH AND WELFARE TRUST

DECLARACIÓN DE EMPLEADO					
PARTE 1: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO					
<input type="checkbox"/> Marque aquí si su dirección es nuevo					
NOMBRE DEL EMPLEADO: Primer Nombre Inicial Apellido		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		WPAS ID # DEL EMPLEADO O NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO Mes. Día. Año.
DIRECCIÓN DOMESTICO: Calle Ciudad		Estado		Código Postal	Teléfono
NOMBRE DEL EMPLEADOR					LOCAL NO.
NOMBRE DEL PACIENTE: Primer Nombre Inicial Apellido		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		NO. DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE	NACIMIENTO DEL PACIENTE: Mes. día año RELACIÓN CON EL EMPLEADO <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Cónyuge
ESTADO CIVIL DEL EMPLEADO	SI LA RECLAMACIÓN ES POR SU HIJO/A, POR FAVOR INDIQUE SU RELACIÓN CON USTED			Si la edad del niño/a es 19 hasta 25, ¿El niño/a tiene una discapacidad del desarrollo O discapacidad física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Legalmente separado. <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Hijo/a natural <input type="checkbox"/> Hijo/a adoptado <input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Tutela <input type="checkbox"/> Otro (explicar) _____				
NOMBRE DEL CÓNYUGE (si no es el paciente nombrado anteriormente)				FECHA DE NACIMIENTO DE CÓNYUGE Mo. día año	CÓNYUGE ID # OR NO. DE SEGURO SOCIAL
¿SE EMPLEA EL CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE				
PARTE 2: INFORMACIÓN DE SEGUROS					
¿SON USTEDES O SUS DEPENDIENTES CUBIERTOS BAJO OTRO PLAN DE SEGURO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
SI "SÍ", DAR NOMBRE, DIRECCIÓN Y NUMERO DE TELÉFONO DEL OTRO SEGURO NOMBRE _____					
DIRECCION _____ NU. DE TELEFONO _____					
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR _____ ID # O NU. DE SEGURIDAD SOCIAL. _____					
OTRO PLAN MEDICO CUBRE AL: <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> NINOS NUMERO DE POLIZA DEL OTRO GRUPO MEDICO _____					
OTRO PLAN MEDICO INCLUYE COBERTURA: <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> VISION					
¿USTEDES O SUS DEPENDIENTES ESTAN CUBIERTOS BAJO MEDICARE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI "SI" NOMBRE DE PERSONA CUBIERTO/A _____					
FECHA EFECTIVA DE MEDICARE _____					
PARTE 3: INFORMACION DE ACCIDENTE/LESIÓN					
¿FUE LA ATENCION NECESARIA DEBIDO A UNA LESION? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
¿ACCIDENTE OCURRIO EN EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
FECHA HERIDO _____ DESCRIBIR CÓMO OCURRIÓ LA LESIÓN: _____					
¿LA RECLAMACION SE HA PRESENTADO CON LAS INDUSTRIAS Y LABOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI "SI", DAR EL NUMERO DE RECLAMACION _____					
AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE BENEFICIOS AL MÉDICO: Por la presente, autorizo pago directamente al médico de la cirugía y/o beneficios médicas, si existen, de otro modo, pagadero a mí para sus servicios, pero no se puede exceder la carga razonable y acostumbrada por dichos servicios. No firme si la cuenta han sido pagados.			Por la presente, certifico que las declaraciones anteriores, incluyendo las declaraciones acompañantes, son la verdadera y correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento y por lo presente además autorizo mi médico tratante, practicante o hospital en que confinamiento tuvo lugar para proporcionar y divulgar todos los hechos relativos a mi condición física que están dentro de sus conocimientos. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como la original.		
Firma de empleado _____ fecha _____			Firma de paciente (si no es menor) _____		
Firma de empleado _____ fecha _____			Firma de empleado _____ fecha _____		
PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN					
1 Complete todas las secciones aplicables de la "declaración de empleado". Fallo en completar correctamente la "declaración de empleado" puede resultar en un retraso en el procesamiento de su reclamación.					
2 Adjunte una factura detallada de todos los cargos relativos con esta reclamación. Complete un formulario separado para cada paciente.					
3 Enviar por correo el formulario completada y la factura detallada a:					
SOUTH BAY H.E.R.E. P.O. BOX 34687 SEATTLE, WASHINGTON 98124-1687 TELÉFONO: (800) 544-5085					
Para asegurar el pronto procesamiento, presente solamente las facturas detalladas. Una factura detallada es la factura actual del proveedor que muestra: a) fecha del servicio; b) diagnóstico; c) procedimiento realizado y d) el costo de cada procedimiento. Un "balanza debido" o una factura no detallada NO son aceptables.					
Si tiene otro seguro de grupo o Medicare como su cobertura primaria, es necesario presentar la factura detallada Y una copia del seguro correspondiente o la explicación de pago de Medicare.					

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MÉDICA

SOUTH BAY H.E.R.E. HEALTH AND WELFARE TRUST**DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD	
DIAGNÓSTICO Y CONDICIONES CONCURRENTES			
¿ES LA CONDICION DEBIDO A LESIONES O ENFERMEDADES DERIVADAS DEL EMPLEO DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿ESTA EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí", FECHA APROXIMADA EN CUANDO EMBARAZO COMENZO:			
COMPLETE EL INFORME DE LOS SERVICIOS O ADJUNTAR UNA FACTURA DETALLADA. SI TIENE UN FORMULARIO ANTERIOR QUE SE PRESENTO, SOLAMENTE ES NECESARIO MOSTRAR LAS FECHAS Y SERVICIOS DESDE EL ÚLTIMO REPORTE.			
FECHAS DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DE CIRUGIA O LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS	CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO C.P.T.	CARGOS
			GASTOS TOTALES \$
			CANTIDAD PAGADO \$
			BALANZA DEBIDA \$

PARA OBTENER INSTRUCCIONES, VEA EL OTRO LADO

BENEFICIO, EL PAGO DE RECLAMACIONES Y LA INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD
 PUEDEN OBTENERSE EN:
 WELFARE AND PENSION ADMINISTRATION SERVICE, INC.
 TELÉFONO: (800) 544-5085
 (408) 321-9700