

Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana
Informe Inicial de Reclamos por Incapacidad

Grupo
76-580060

NO SE PUEDEN PAGAR BENEFICIOS A MENOS QUE SE RELLENE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD

INSTRUCCIONES:

El miembro debe rellenar este formulario. Rellene la totalidad de la sección correspondiente al miembro. Muestre su número de Seguro Social y firme la sección de firma correspondiente al miembro. Recuerde adjuntar facturas detalladas.

Devuelva el formulario completo a:

Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana

3001 Metro Drive, Suite 500

Bloomington, MN 55425

952-854-0795 | Fax 952-851-3521 | Número gratuito: 1-800-535-6373

El Miembro rellena esta Sección:

Nombre del miembro		N.º de teléfono particular	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Ocupación	
Empleador			
Dirección particular	Ciudad	Estado	Código postal
Si el reclamo es por la incapacidad del miembro, indique la fecha en que trabajó por última vez:		Fecha de reanudación del trabajo:	

Para todos los reclamos:

Tipo de enfermedad o lesión:	Fecha en que ocurrió el accidente o comenzó la enfermedad:	Fecha de primer tratamiento:
Si está hospitalizado, nombre del hospital:	Fecha de ingreso:	Fecha de alta:
¿Alguien le causó intencionalmente esta lesión? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿La lesión fue debido a un accidente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
¿El accidente ocurrió en su propiedad? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si no, indique la dirección donde ocurrió el accidente:	¿Fue debido a un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
¿Se produjo la lesión o enfermedad durante el trabajo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Ha presentado este reclamo como solicitud de compensación laboral? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
¿Ha iniciado una demanda relacionada de alguna manera con esta lesión/enfermedad? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
¿Ha recibido algún acuerdo, pago, compensación o beneficio, incluidos los de la compañía o póliza de seguros, relacionados de alguna manera con esta lesión o enfermedad? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
¿Ha contratado a un abogado para que lo represente con respecto a este reclamo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Por la presente reclamo beneficios y certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas según mi leal saber y

entender. Autorizo a la institución o al médico mencionado anteriormente a divulgar información sobre mi inscripción, registros relacionados y registros médicos al Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana.

Firma del miembro asegurado

Fecha

INSTRUCCIONES:**DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

No hace falta rellenar este formulario **si** le puede proporcionar al administrador una declaración detallada y codificada de los servicios del médico.

Si no tiene una declaración detallada y codificada, su médico puede usar este formulario para informar sus servicios y cargos.

Incapacidad

Para cobrar los beneficios por incapacidad, su médico debe responder las preguntas 1, 2, 4, 5, 7, 8 y 9, y firmar y fechar este formulario.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE:

1. Diagnóstico y afecciones concurrentes (si se utiliza un código de diagnóstico diferente al de ICDA, indique el nombre).

2. ¿La afección se debe a una lesión o enfermedad que surge del empleo del	¿La afección se debe a un embarazo? Si es así, indique la fecha aproximada en <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	--

3. Informe de los servicios (o adjunte la factura detallada; si el formulario anterior se envió a este portador, solo necesita mostrar las fechas y servicios desde el último informe).

Fecha del servicio	Lugar del servicio	Descripción de los servicios quirúrgicos o médicos prestados	Código de procedimiento. Si se usa un código que no sea CPT, indique el nombre	Cargos	Para uso exclusivo de la Oficina
+O = Consultorio médico IH = Hospitalización H = Casa del paciente OH = Atención ambulatoria NH = Hogar de ancianos OL = Otra ubicación ICDA = Clasificación internacional de enfermedades CPT = Terminología actualizada de procedimientos médicos (ubicación actual)				Cargos Totales	\$ _____
				Monto abonado	\$ _____
				Saldo pendiente	\$ _____

4. Fecha de aparición de los síntomas por primera vez o del accidente.	5. Fecha en que el paciente lo consultó por primera vez en relación con esta afección.	6. ¿El paciente ha tenido alguna vez la misma afección o una similar? Si es así, indique cuándo y una descripción.
7. ¿Sigue atendiendo al paciente por esta afección? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	8. El paciente estuvo incapacitado totalmente de forma continuada (incapaz de trabajar). Desde _____ Hasta _____	9. Fecha en que el paciente debería poder volver al trabajo, si aún está incapacitado.
10. ¿El paciente tiene otra cobertura de salud? Si es así, identifíquela. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Número de identificación fiscal:

Nombre del médico, en letras de imprenta	Firma del médico	Título	Fecha
Calle	Teléfono ()		
Ciudad	Provincia	Estado	Código postal

ASIGNACIÓN DE LOS MIEMBROS (LEA ANTES DE FIRMAR)

El miembro debe rellenar y firmar esta sección para que se efectúe el pago directo del Fondo al cirujano o médico. (Esta asignación no se admitirá si la firma un dependiente u otra persona distinta al miembro asegurado).

Por la presente autorizo al Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana a pagar directamente al hospital o médico mencionados anteriormente los beneficios de gastos médicos o quirúrgicos a los que tengo derecho según los términos de la Póliza de grupo.

Firma del miembro asegurado _____

Fecha _____