

FORMA DEL INCIDENTES MEDICALES

POR FAVOR LLENE UNA FORMA PARA CADA PACIENTE

Por favor, llene la Forma sobre "Preguntas sobre Orto Seguro y Dependientes" por lo menos una vez cada año

1. Contesta todas las preguntas Marque si tenga dirección nuevo <input type="checkbox"/>	A. Información de Patrón	Nombre del Patrón		Número del Grupo como aparece en la tarjeta de identificación	
	B. Información de Empleado	Apellido Nombre		Número de Seguridad Social de Empleado	
		Dirección de Casa		Fecha de Nacimiento del Empleado	
		Ciudad Estado Código Postal		Mes Día Año	
C. Información sobre el Paciente	Apellido Nombre		Relación a Empleado Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/>		
	Fecha de Nacimiento del Paciente		Si tenga más que 19, sea estudiante tiempo completo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Sí, Universidad Asistado:		
	Mes Día Año		Tenga trabajo su Esposo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Tenga trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Sí, Nombre del Patrón: :		Si Sí, Nombre del Patrón:		
2. Llene las secciones que aplique a su incidente	D. Llene si el Paciente tenga otro plan del seguro	Nombre del Otro Plan Grupo		Número de Identificación	
		Nombre del Compañero y Dirección			
		Ciudad		Estado	Código Postal
	E. Información de Heridas de Accidente o Trabajo	Es el incidente porque de un accidente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si "Sí," dónde ocurre el accidente?	Fecha de accidente Mes Día Año	
Describa el Accidente		Es el incidente un herida del trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
3. Quién recibe los Beneficios	F. Llene solo si quiera que el seguro pague el proveedor de los servicios directamente	Nombre del Médico, Hospital, o Otro Proveedor de Servicios Médicos			
		Ciudad		Estado	Código Postal
		Número de Teléfono ()			
		Firma del Empleado que da permiso para pagar el Proveedor directamente		Fecha Mes Día Año	
4. Tiene que firmar con fecha el Empleado	G. Permiso de Realquilar Información medical y de seguro	<p style="font-size: small;">Doy permiso a cualquier médico, hospital, clínica o oficina medical or proveedor de servicios o alimentos medicales, y cualquier asegurado de grupo para dar al Select Benefit Administrators, Inc. o sus representantes cualquier y toda la información sobre la condición mental y física, historia de salud y tratamientos y el seguro de la persona nombrada en sección C arriba.</p> <p style="font-size: small;">Entiendo que la información obtenido por Select Benefit Administrators, Inc. será usado para evaluar y administrar sus beneficios del seguro. Los Select Benefit Administrators, Inc. no dará esta información a cualquier persona o organización SINO compañías, Group Policyholder, o otra personas or organizaciones haciendo servios legal o negocios con conexión de mi Incidente o que pueda ser requerido o yo de permiso. Por el propósito de revelar informacón, Entiendo que este permiso serve por uno año. Sé que puedo pedir una copia de este papel. Si este permiso sea por un incidente para beneficios medicales, seguro o incapacidad, el permiso dure por la vida del incidente. Una copia del permiso serva como el original.</p> <p style="font-size: small;">Juro que la información es correcto y verdadero.</p>			
		Firma del Empleado		Fecha Mes Día Año	
INCLUYA LAS CARGAS DE LOS GASTOS MEDICALES. LOS PAPELES TENGAN QUE TENER LAS DETALLES, NOMBRE DEL PACIENTE, DIAGNOSIS, TIPO DEL TRATAMIENTO, Y FECHA DE SERVICIO.					

Por favor envíe la forma llenada v papeles de las cargas a:



P.O. Box 8339
Des Moines, IA 50301-8339

LLENE POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE SERVICIOS MEDICALES

Por favor llene la información siguiente o incluya los recibos con detalles de las cargas de todos los médicos, hospitales y cualquier servicio médico. Estos documentos tienen que incluir lo siguiente:

- A. Nombre del Paciente.
- B. Todas las servicios o provisiones proveidos.
- C. La carga por cada servicio proveido.
- D. La Fecha cada servicio o provisión estaba proveido.
- E. Diagnósis o enfermedad.

PROVEEDOR DEL SERVICIO						
Fecha	Enfermedad (Primer Síntoma) o Herida (Accidente) o Embarazo (LMP)	La primera fecha que vea el paciente para esta condición	Ha tenido el paciente los síntomas mismos o similares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Fecha Paciente Puede Volver al Trabajo	Fechas de Incapacidad Total Hace _____ Hasta _____		Fechas de Incapacidad Parcial Hace _____ Hasta _____			
Nombre del Médico que Refirió el Paciente			Para Servicios de quedarse en hospital da Fechas Entra _____ Salga _____			
Nombre y Dirección donde hacia los servicios (si otra que casa o oficina)			Haga trabajo del laboratorio afuera de su oficina? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Diagnósis o tipo de herida. 1. 2. 3. 4.						
Fecha de Servicio	Lugar de Servicio*	Código del Proceso CPT-4	Describa completo los procesos, servicios médicos, o proveidos y cada Fecha dado. (Explique servicios o circunstancias unuasuales)	ICD9 Código del Diagnósis	Cargas	
Firma del Médico o Proveedor			Acepte Tarea Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Carga Total	Cantidad Pagado	Cantidad Vencido
Firmado _____ Fecha _____			Número Social de Patrón o	Nombre de Médico o Proveedor, Dirección, Código Postal, Número de Teléfono. Número de Identificación.		
Número de Cuenta del Paciente			Número de Indentification de Impuestos del Patrón			

Llene cada Columna para cada Receta	Fecha de Compra	Número de Receta	Nombre de la Droga	Diagnósis para que Usa la Droga de Receta	Médico que Escribe la Receta	Cuesta (Sin Impuestos)