

Cuestionario de reclamaciones

Este formulario se puede completar en línea en www.WellSpanPopHealth.com O puede enviar este formulario a nuestro departamento de servicio al cliente: a PO Box 2347, York, PA 17405 O vía fax al (717) 755-7190.

Preguntas: Llame al • (717) 851-6800 o (800) 842-1768.

Complete las secciones correspondientes a la reclamación en cuestión.

A. INFORMACION DEL SUSCRIPTOR (Escriba claramente en letra de molde)

Nombre del suscriptor (empleado) _____ # de identificación familiar _____

Empleador del suscriptor _____ Número de teléfono del suscriptor _____

B. Información del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

C. Información general

Fecha del accidente o aparición de la condición _____

¿Qué parte del cuerpo o condición se está tratando? _____

¿La condición estaba relacionada con alguno de los siguientes:

- Un accidente de trabajo o una enfermedad Un accidente automovilístico Un accidente de motocicleta Otro accidente de vehículo
- Accidente relacionado con la escuela Una lesión causada por otra parte
- Un accidente en la casa de otra persona
- Accidente en un establecimiento comercial, que no sea el del empleador No es un accidente
- Otro (explique): _____

Describa brevemente el accidente / incidente o el inicio de la condición, incluida la ubicación / dirección:

D. Complete si marcó accidente laboral o enfermedad (Debe proporcionar la negación de la compensación del trabajador). Nombre y dirección del empleador del paciente en el momento del accidente _____

¿Se ha presentado una reclamación de indemnización laboral? Sí _____ No _____ Fecha original del accidente/enfermedad: / /

Nombre, dirección, número de teléfono del abogado del paciente, si corresponde: _____

E. Complete si marcó accidente de automóvil / motocicleta / otro vehículo (Debe proporcionar la carta de agotamiento de fondos y la hoja de pago de la compañía de seguros para su consideración bajo este plan).

El paciente era un: Conductor Pasajero Peatón Otro (explique): _____

El vehículo era un: Automóvil Motocicleta ATV Otro (explique): _____

¿Otra persona causó el accidente? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre y la dirección de la persona que causó el accidente.: _____

Nombre del seguro, dirección y número de póliza de la persona culpable: _____

¿El paciente tiene seguro de vehículo? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre, la dirección y el número de póliza del seguro: _____

¿El seguro del vehículo del paciente incluye cobertura médica? Sí No

Enumere cualquier otro miembro de este plan que estuvo involucrado en el accidente.: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del abogado del paciente, si corresponde: _____

Se debe incluir una copia del informe policial con este formulario. Si no hay un informe policial, indique el motivo: _____

De Reclamo _____

F. Complete si marcó cualquier otro tipo de accidente (Si se presentó un informe policial, proporcione una copia).

¿El accidente ocurrió en la propiedad de otra persona? Sí No Otro (explique): _____

¿Fue el accidente culpa de otra persona o empresa? Sí No

Si es así, explíquelo por favor: _____

¿Ha presentado un reclamo de seguro ante la parte culpable o planea presentar un reclamo? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre y la dirección de la parte culpable: _____

Nombre, dirección y número de póliza de la compañía de seguros de la parte culpable: _____

Enumere cualquier otro miembro de este plan que estuvo involucrado en el accidente.: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del abogado del paciente, si corresponde: _____

G. FIRMA DEL SUSCRIPTOR: Entiendo que si yo, o cualquiera de mis dependientes cubiertos, hemos estado en un accidente o lesionado por otra parte, o tengo un accidente o enfermedad relacionada con el trabajo, los beneficios de mi plan estarán disponibles sujetos a sus términos, condiciones y exclusiones.

y por la presente autorizo a cualquier parte o aseguradora a reembolsar a mi plan de salud grupal los pagos de beneficios realizados en mi nombre o en el de mis dependientes. También entiendo que mi plan contiene una disposición de reembolso / subrogación de terceros y acepto cooperar con el plan en cualquier esfuerzo para recuperar los beneficios de la parte responsable.

Certifico que la información anterior es correcta y entiendo que estoy obligado a proporcionar esta información de acuerdo con las disposiciones del plan. No proporcionar información completa y precisa resultará en una demora en el procesamiento de los beneficios.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha _____

Atención: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier plan de salud, compañía de seguros u otra persona: (1) presente una reclamación de beneficios que contenga información materialmente falsa; o (2) oculta, con el propósito de inducir a error, información relacionada con cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento y puede estar sujeto a sanciones penales y civiles.