

YUMA COUNTY EMPLOYEE BENEFIT TRUST

PPO: SSA MEXICO PPO NETWORK

2400 W. Dunlap Ave., Suite 250 * Phoenix, AZ 85021 * Phone 602-249-3582 * Toll Free 1-800-474-3485 * Fax 602-249-3795
www.southwestservicecpa.com

PARTE A INFORME DEL EMPLEADO DEBE DE COMPLETARSE POR EL EMPLEADO EN IMPRENTA POR FAVOR

1. NOMBRE DEL EMPLEADO		2. FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO		3. ID#	
4. DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> MARQUE AQUI SI ES DIRECCIÓN NUEVA CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		5. NÚMERO DE TELÉFONO			
6. FORMA ES PARA <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> HIJO(A)		7. NOMBRE DEL DEPENDIENTE		8. RELACIÓN	
9. FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO		10. ¿ES ESTA FORMA ES <input type="checkbox"/> SI PARA ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> NO		11. SI ES PARA ACCIDENTE - ¿DONDE SUCEDIÓ?	
12. CUANDO MES DÍA AÑO		13. ¿ESTA LASTIMADURA/ACCIDENTE <input type="checkbox"/> SI OCCURRIÓ EN EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> NO			

14. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO PARA OBTENER INFORMACIÓN:

Yo atestiguo que el relato precedente, incluyendo cualquier informe, es leal, correcto y completo en lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que cualquier médico o cualquier hospital suministren y revele todos los hechos con respecto a esta incapacidad.
En caso de un pago excesivo por causa de mi error en esta forma, yo reembolsare a la compañía de seguro. Yo entiendo que es un crimen federal y una multa o encarcelamiento, o las dos cosas, a sabiendas que el informe en esta forma es falso.

Firma del Empleado: X _____ Fecha _____
NO PODREMOS PROGRESAR SU RECLAMO SIN SU FIRMA.
Mes
Día
Año

PARTE B DECLARACIÓN MÉDICA ES NECESARIO QUE SU MÉDICO COMPLETE ESTA SECCIÓN

1. NOMBRE DEL PACIENTE				2. EDAD	3. SEXO
4. DIAGNOSTICO Ó ENFERMEDAD, HERIDA, LASTMADURA Ó PROBLEMA DE VISTA					
5. ¿HERIDA/LASTIMADURA SUCEDIO EN EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
6. FECHA DE SERVICIO MES DÍA AÑO	SITIO DE SERVICIO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO (CODIGO CPT OR ADA)	APUNTE APARTE CADA SERVICIO, MATERIAL, Y AJUSTAMIENTOS	COBROS	
Nota: Numero de Proveedor es requerido		7. NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	8. NUMERO DE TELÉFONO	9. FECHA DE HOY	TOTAL DE COBROS
10. NOMBRE Y TITULO DEL MÉDICO (ESCRIBA CON LETRA DESPEGADA)			11. FIRMA X	CANTIDAD PAGADA	
12. DIRECCIÓN		13. CIUDAD	14. ESTADO	15. CÓDIGO POSTAL	BALANCE