

**STONE AND MARBLE MASONS
HEALTH & WELFARE FUND¹
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, Maryland 21046**

Teléfono
(410) 872-9500

EL MÉDICO TRATANTE DEBE
COMPLETAR EL REVERSO

Este Lado debe ser Completado por el (la) Empleado(a), (Escriba Claramente en letra de molde)

| | | | | | | | |
|---|-------|--|--------|---|---------------|-----------------------------------|-----|
| Nombre y Domicilio del (de la) Empleado(a) (Escribir en letra de molde) | | | | | Estado Civil: | | |
| Sr. | | <input type="checkbox"/> Soltero(a) | | <input type="checkbox"/> Casado(a) | | <input type="checkbox"/> Viudo(a) | |
| Sra. | | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | | <input type="checkbox"/> Separado(a) Legalmente | | | |
| No. del Miembro del Sindicato Local: _____ | | Fecha de Nacimiento: _____ | | | | | |
| No. de Seguro Social: _____ | | | | | | | |
| No. | Calle | Ciudad | Estado | Código Postal | Mes | Día | Año |

Información de Dependientes (Completar solo si el Reclamo es para el Dependiente)

| Nombre del (de la) Dependiente | Fecha de Nacimiento | Relación | Estado Civil si no es cónyuge |
|--------------------------------|---------------------|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____ (Relación) | <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Legalmente |

Lista de todos los (las) Empleadores(as) Durante Los Últimos Tres Meses: Comience con el Presente

| Nombre, Ciudad y Estado del Empleador(a) | No. de Local | De | | A | |
|--|--------------|-----|-----|-----|-----|
| | | Año | Mes | Año | Mes |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |

Naturaleza de la Enfermedad o Discapacidad

| | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| Fecha en que Trabajó por Última vez debido a una Enfermedad | Causa de Discapacidad: _____ | | |
| Mes Día Año | | | |
| Si la discapacidad se debe a un accidente, indique cuándo y cómo sucedió _____ | | | |
| ¿Fue la enfermedad o lesión debida de alguna manera a su ocupación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explicar _____ | | | |
| Fecha de regreso al trabajo | Si ha solicitado una "Indemnización Laboral", complete lo siguiente | | Fecha en que se Archívó: |
| Mes Día Año | Numero de Reclamo | Nombre y Dirección de la Compañía de Seguros | Mes Día Año |

Otra Cobertura de Salud Grupal

| | |
|---|---|
| ¿Está la persona para la cual se hace un reclamo cubierta bajo algún otro plan grupal que brinde beneficios de salud y/o Medicare? En caso afirmativo, complete lo siguiente | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| (a) Persona en cuyo nombre se lleva este otro plan _____ | |
| (b) Nombre del (de la) Empleador(a) _____ | |
| (c) Dirección del (de la) Empleador(a) _____ | |
| (d) Nombre de la compañía u organización de seguros que proporciona beneficios _____ | |
| (e) Dirección _____ (f) Número de Póliza _____ | |

¹ MASONES DE PIEDRA Y MÁRMOL - FONDO DE SALUD Y BIENESTAR

Autorización y Certificación

Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, organización de prepago, empleador, hospital o médico a divulgar toda la información con respecto a este reclamo que pueda ser necesaria para determinar cualquier cantidad pagadera. Certifico que las declaraciones e información anteriores son correctas.

Firmado el _____ en _____
 Ciudad y Estado Mes Día Año Firma del (de la) Empleado(a)

Si desea que el pago vaya directamente al Médico, lea cuidadosamente y complete lo siguiente, de lo contrario proporcione RECIBOS PAGADOS.

Asignación:

Por la presente autorizo el pago directamente al médico de cualquier beneficio que de otra manera me pagarían por los servicios descritos en el reverso, pero dicho pago no deberá exceder el máximo permitido para dichos servicios. Entiendo perfectamente que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por este Plan.

_____ Firma del (de la) Empleado(a)
 Mes Día Año

DECLARACIÓN DE LOS MÉDICOS TRATANTES

Espaciado para Máquina de Escribir: Las marcas para Tabular Aparecen en esta Línea

| | | |
|---|-------------------------|------|
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL (DE LA) PACIENTE | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | EDAD |
| NOMBRE DEL ASEGURADO SI EL (LA) PACIENTE ES DEPENDIENTE | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|------------------|--------------|--------------------|
| 14. FECHA | ENFERMEDAD (PRIMER SÍNTOMA) O LESIÓN (ACCIDENTE) O EMBARAZO (LMP) | 15. PRIMERA FECHA QUE FUE CONSULTADO(A) PARA ESTA CONDICIÓN | 16. ¿HA TENIDO EL (LA) PACIENTE ESTOS SÍNTOMAS O SIMILARES? SI _____ NO _____ | 16a. SI HAY UNA EMERGENCIA MARQUE AQUÍ <input type="checkbox"/> | | | |
| 17. FECHA EN QUE EL (LA) PACIENTE REGRESÓ AL TRABAJO | 18. FECHAS DE DISCAPACIDAD PARCIAL DESDE _____ | HASTA _____ | FECHAS DE DISCAPACIDAD PARCIAL DESDE _____ HASTA _____ | | | | |
| 19. NOMBRE DEL MÉDICO DE REFERENCIA U OTRA FUENTE (p.ej. agencia de salud pública) | | | 20. PARA LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN DAR FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN ACEPTADO(A) DADO(A) DE ALTA | | | | |
| 19. NOMBRE DEL MÉDICO DE REFERENCIA U OTRA FUENTE (p.ej. agencia de salud pública) | | | 22. ¿SE REALIZÓ TRABAJO DE LABORATORIO FUERA DE SU OFICINA? SI _____ NO _____ CARGOS _____ | | | | |
| 23. DIAGNÓSTICO O NATURALEZA DE ENFERMEDAD O LESIÓN, RELACIONE EL DIAGNÓSTICO CON EL PROCEDIMIENTO EN LA COLUMNA D POR No. DE REF. 1,2,3 ETC o CÓDIGO DX A 1 2 3 4 | | | 10. LA CONDICIÓN ESTABA RELACIONADA CON A. EMPLEO DEL (DE LA) PACIENTE SI _____ NO _____ CARGOS _____ B. ACCIDENTE AUTO _____ OTRO _____ | | | | |
| 20. A FECHA DE SERVICIO | B LUGAR DE SERVICIO | C. DESCRIBA COMPLETAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O SUMINISTROS PROPORCIONADOS PARA CADA FECHA CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO (IDENTIFICAR) | D. CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO | E. DÍAS CARGOS | F. O UNIDADES | G. T.O.S. | H. DEJAR EN BLANCO |
| | | (EXPLICAR SERVICIOS INUSUALES O CIRCUNSTANCIAS) | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------|--------------------|
| 17. FECHA EN QUE EL PACIENTE PUEDE RETORNAR AL TRABAJO | ¿SE HA PAGADO LA FACTURA? SI ES AFIRMATIVO DEBEN PROPORCIONARSE LOS RECIBOS PAGADOS AUTO _____ OTRO _____ | 27. CARGOS TOTAL | 28. CANTIDAD PAGADA | 29. SALDO ADEUDADO |
| FIRMADO | FECHA | 30. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | |
| 32. NÚMERO DE CUENTA DE SU PACIENTE | | 31. NOMBRE DE LOS MÉDICOS O PROVEEDORES, DIRECCIÓN, CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO DE TELÉFONO | | |
| 33. SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EMPLEADOR | | | | |