

**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.	No. del Miembro del Sindicato Local: _____			<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Legalmente
Srta. _____	No. de Seguro Social: _____			Fecha de Nacimiento: _____
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 <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____ (Relación)	Estado Civil si no es cónyuge <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 <hr/> <hr/> <hr/>	Causa de Discapacidad: <hr/> <hr/> <hr/>	
Mes Día Año		
Si la discapacidad se debe a un accidente, indique cuándo y cómo sucedió <hr/> <hr/> <hr/>		
¿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 <hr/> <hr/> <hr/>	Si ha solicitado una "Indemnización Laboral", complete lo siguiente Número de Reclamo Nombre y Dirección de la Compañía de Seguros <hr/> <hr/> <hr/>	Fecha en que se Archivó: <hr/> <hr/> <hr/>
Mes Día Año		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 _____

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

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

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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 <input type="text"/> HASTA <input type="text"/>		FECHAS DE DISCAPACIDAD PARCIAL DESDE <input type="text"/> HASTA <input type="text"/>					
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) <input type="text"/> DADO(A) DE ALTA <input type="text"/>					
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CARGOS <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>			10. LA CONDICIÓN ESTABA RELACIONADA CON A. EMPLEO DEL (DE LA) PACIENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CARGOS <input type="checkbox"/> B. ACCIDENTE AUTO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					
20. A FECHA DE SERVICIO	B LUGAR DE SERVICIO	C. DESCRIBA COMPLETAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O SUMINISTROS PROPORCIONADOS PARA CADA FECHA		D. CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO	E. DÍAS CARGOS	F. O UNIDADES	G. T.O.S.	H. DEJAR EN BLANCO
		CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO (IDENTIFICAR)	(EXPLICAR SERVICIOS INUSUALES O CIRCUNSTANCIAS)					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
17. FECHA EN QUE EL PACIENTE PUEDE REGRESAR AL TRABAJO		¿SE HA PAGADO LA FACTURA? SI ES AFIRMATIVO DEBEN PROPORCIONARSE LOS RECIBOS PAGADOS AUTO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		27. CARGOS TOTAL <input type="text"/>	28. CANTIDAD PAGADA <input type="text"/>	29. SALDO ADEUDADO <input type="text"/>		
FIRMADO	FECHA	30. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		31. NOMBRE DE LOS MÉDICOS O PROVEEDORES, DIRECCIÓN, CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO DE TELÉFONO				
32. NÚMERO DE CUENTA DE SU PACIENTE		33. SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EMPLEADOR						
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN <input type="text"/>								