

**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	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 Archivó:
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 _____	

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	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 <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 1 2 3 4			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 CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO (IDENTIFICAR)	D. CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO (EXPLICAR SERVICIOS INUSUALES O CIRCUNSTANCIAS)	E. DÍAS CARGOS	F. O UNIDADES	G. T.O.S.	H. DEJAR EN BLANCO

17. FECHA EN QUE EL PACIENTE PUEDE RETORNAR 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	28. CANTIDAD PAGADA	29. SALDO ADEUDADO
FIRMADO	FECHA	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				