UNITED FOOD AND COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS
Arizona Health & Welfare Trust

ADMINISTRATOR: Southwest Service Administrators, Inc.
2400 W. Dunlap Ave., Suite 250 • Phoenix, AZ 85021 • Phone 602-249-3582 • Toll Free 1-800-474-3485 • Fax 602-249-3795

DECLARACION DE FACTURA (#108-15SP)

Use esta forma para aplicar para los beneficios. (Note: Fue su condición de daño o accidente por causa de su trabajo? Si es asi, no complete esta forma; en vez contacte a su empresario para que lo asista en llenar la forma de Workmen's Compensation.)

INSTRUCCIONES - Lea la seccion de su planilla "Como Obtener Beneficios."
1. **Empleado debe de llenar la parte A.**
2. **Doctor debe de llenar la parte B. (Esta forma puede ser substituida por las formas de su doctor si contiene toda la informacion necesaria)**
3. **Empresario debe de llenar parte C <u>solamente</u> que usted este solicitando para beneficios de incapacidad.**

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. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - -
4. DIRECCIÓN ☐ MARQUE AQUI SI ES DIRECCIÓN NUEVA CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	5. NÚMERO DE TÉLÉFONO
6. EMPRESARIO	7. DIRECCIÓN		8. NÚMERO DE TÉLÉFONO
9. NOMBRE DEL CÓNYUGE	9A. FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO	10. EMPRESARIO DEL CÓNYUGE	11. NÚMERO DE TÉLÉFONO

12. ¿ EL EMPRESARIO DE SU CÓNYUGE OFRECE UN PLAN DE ASEGURANZA MEDICA? ☐ SÍ ☐ NO
¿ SÍ ES OFRECIDO, SU CÓNYUGE SE HA INSCRIBIDO EN EL PLAN DE ASEGURANZA MEDICA? ☐ SÍ ☐ NO

13. FORMA ES PARA: ☐ USTED ☐ CÓNYUGE ☐ HIJO(A)	14. NOMBRE DEL DEPENDIENTE	14A. RELACIÓN	15. FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO

16. ¿ES SU HIJO(A) ESTUDIANTE DE 19 AÑOS O MAYOR? ☐ SÍ ☐ NO
SI ES ESTUDIANTE DEBE MANDAR REGISTRACION DE ESCUELA

17. ¿ES ESTA FORMA PARA ACCIDENTE? ☐ SÍ ☐ NO	18. SI ES PARA ACCIDENTE - ¿DONDE SUCEDIÓ?	18A. CUANDO MES DÍA AÑO	19. ¿ ESTE ESTIMADURA ACCIDENTE OCCURRIÓ EN EL TRABAJO? ☐ SÍ ☐ NO

20. DESCRIBA LO QUE PASO

NOTAR: LA OFICINA NO PODRA PAGAR SUS GASTOS SIN ESTA INFORMACIÓN.

21. DECLARACION 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 suministre y revele todos los factos respecto a esta incapacidad.

En caso de un pago excesivo por causa de mi error en esta forma, yo reembolsaré a la compañía de aseguranza. Yo entiendo que es un crimen federal, una multa punible 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

¿PREGUNTAS? TÉLÉFONO (602) 249-3582 GRATIS 1-800-474-3485 SE HABLA ESPAÑOL

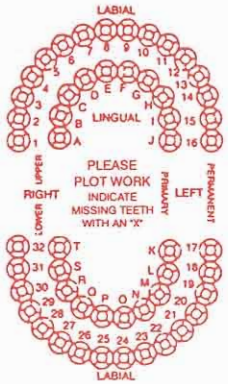
PART B DECLARACIÓN MEDICA ES NECESARIO QUE SU MEDICO COMPLETE ESTA SECCION

1. NOMBRE DEL PACIENTE	2. EDAD	3. SEXO

DENTAL

4. DIAGNOSTICO Ó ENFERMEDAD, HERIDA, LASTMADURA, TRABAJO DENTAL Ó PROBLEMA DE VISTA

5. HERIDA/LASTIMADURA SUCEDIO EN EL TRABAJO? ÿ SI ÿ NO



LOS SERVICIOS MENCIONADOS SE LLEVARON A CABO? ÿ SI ÿ NO

EL TRATAMIENTO FUE POR ORTODONCIA? ÿ SI ÿ NO

EL TRATAMIENTO FUE POR UNA HERIDA/ LASTIMADURA ACCIDENTAL? ÿ SI ÿ NO

SI EL TRATAMIENTO FUE POR UNA CORONA Ó UN PENTE, ESTE FUE LA COLOCACIÓN INICIAL? ÿ SI ÿ NO

SI NO LO ES, FAVOR DE INDICAR LA FECHA Y LA RAZON POR EL REMPLAZO (NO. 4)

FAVOR DE INDICAR LINIA POR LINIA LOS SERVICIOS, MATERIALES Y AJUSTACIÓNES. INCLUYA LOS PRECIOS.

6. FECHA DE SERVICIO MES	DÍA	AÑO	SITIO DE SERVICIO	NUMERO DEL DIENTE	CODIGO DEL PROCEDIMIENTO ** CRVS, † ADA OR IDENTITY	APUNTE APARTE CADA SERVICIO, MATERIAL, Y AJUSTAMIENTOS (DENTISTAS POR FAVOR INDICAR EL NUMERO DEL DIENTE)	COBROS

NOTE: Provider ID No. OR SS No. (No. 7) Must Be Completed	7. NUMERO DE IDENTIFICACIÓN/SS NO	8. NUMERO DE TELEFONO	9. FECHA DE HOY	COBROS TOTALES
10. NOMBRE Y TITULO DEL MEDICO (ESCRIBA CON LETRA DESPEGADA)		11. FIRMA X		CANTIDAD PAGADA
12. DIRECCIÓN	13. CIUDAD	14. ESTADO	15. CODIGO POSTAL	BALANCE