UNITED FOOD AND COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS

Arizona Health & Welfare Trust

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.southwestservicetpa.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. SS#
4. DIRECCIÓN ☐ MARQUE AQUI SI ES DIRECCIÓN NUEVA CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		5. NÚMERO DE TÉLÉFONO
6. FORMA ES PARA ☐ USTED ☐ CÓNYUGE ☐ HIJO(A)	7. NOMBRE DEL DEPENDIENTE	8. RELACIÓN / 9. FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO
10. EMPLEADOR	11. DIRECCIÓN DE EMPLEADOR	12. NÚMERO DE EMPLEADOR
13. ¿ES ESTA FORMA ES PARA ACCIDENTE? ☐ SÍ ☐ NO	14. SI ES PARA ACCIDENTE - ¿DONDE SUCEDIÓ?	15. CUANDO MES DÍA AÑO / 16. ¿ ESTA LASTIMADURA/ACCIDENTE OCCURRIÓ EN EL TRABAJO? ☐ SÍ ☐ NO
17. DESCRIBA LO OCURRIDO		

18. 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 factos con respecto a esta incapacidad.

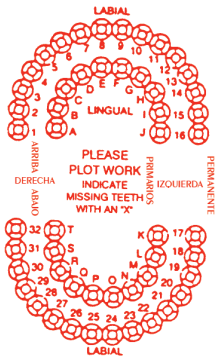
En caso de un pago excesivo por causa de mi error en esta forma, yo reembolsare a la compañía de seguro. Yo entiendo que es un crimen federal y una multa o encarcelamiento, o las dos cosas, a sabiendas que el informe en esta forma es falso.

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 FORMA MEDICA/DENTAL

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? ☐ SI ☐ NO		



6. FECHA DE SERVICIO MES DIA ANO	SITIO DE SERVICIO	DIENTE	SUPERFICIE	CPT or CDT	APUNTE APARTE CADA SERVICIO, MATERIAL, Y AJUSTAMIENTOS	COBROS

Nota: Numero de Proveedor es requerido	7. NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	8. NUMERO DE TÉLÉFONO	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

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