

YUMA COUNTY EMPLOYEE BENEFIT TRUST

Yuma, Arizona

PPO: SSA MEXICO PPO NETWORK

ADMINISTRATOR: MMSI

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

DECLARACION DE FACTURA

Use esta forma para aplicar para los beneficios. (Note: Fue su condición de daño o accidente por causa de su trabajo? Si es así, 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.

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. YMA ID#	
4. DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> MARQUE AQUI SI ES DIRECCIÓN NUEVA		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	5. NÚMERO DE TELÉFONO
6. EMPRESARIO		7. DIRECCIÓN		8. NÚMERO DE TELÉFONO	
9. NOMBRE DEL CÓNYUGE		9A. FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO		10. EMPRESARIO DEL CÓNYUGE	
12. ¿ EL EMPRESARIO DE SU CÓNYUGE OFRECE UN PLAN DE ASEGURANZA MEDICA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿ SÍ ES OFRECIDO, SU CÓNYUGE SE HA INSCRIBIDO EN EL PLAN DE ASEGURANZA MEDICA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		10. EMPRESARIO DEL CÓNYUGE		11. NÚMERO DE TELÉFONO	
13. FORMA ES PARA: <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> USTED		14. NOMBRE DEL DEPENDIENTE		14A. RELACIÓN	
16. ¿ES SU HIJO(A) ESTUDIANTE DE 19 AÑOS O MAYOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI ES ESTUDIANTE DEBE MANDAR REGISTRACION DE ESCUELA		15. FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO			
17. ¿ES ESTA FORMA PARA ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		18. SI ES PARA ACCIDENTE - ¿DONDE SUCEDIÓ?		18A. CUANDO MES DÍA AÑO	
				19. ¿ESTE ESTIMADURA ACCIDENTE OCCURRIÓ EN EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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 _____
Mes Día Año

NO PODREMOS PROGRESAR SU RECLAMO SIN SU FIRMA.

¿PREGUNTAS? TELÉFONO (602) 249-3582

GRATIS 1-800-474-3485

SE HABLA ESPAÑOL

