

Railroad Maintenance and Industrial Fondo de Salud y Bienestar

Reclamación Médica

2725 West Monroe Street
Springfield, IL 62704

A. 1. Nombre del Miembro		2. Numero de Seguro Social	3. Fecha de Nacimiento	4. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5. Su Domicilio		Ciudad	Estado y Zona Postal	
6. Numero de Teléfono	7. Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		8. Dependientes, si tiene <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	9. Nombre de Empresa
10. Nombre de la Esposa		11. Numero de Seguro Social de su Esposa	12. Fecha de Nacimiento de su Esposa	

B. Esta Reclamación es para <input type="checkbox"/> El Miembro <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo Soltero <input type="checkbox"/> Hija Soltera <input type="checkbox"/> Otro (Explique)		
13. Si la Reclamación Es para Su Dependiente: Nombre del Paciente	14. Fecha de Nacimiento	15. Es la reclamación para un dependiente mayor de dieciocho años y el o ella asistió la escuela tiempo completo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesta si, adjunte escrito de la universidad a tal efecto.

C. Si la Reclamación es por enfermedad	Describa brevemente (por ejemplo: corazon, maternidad)		
Si la Reclamación es por un accidente	Fecha/hora en que ocurrió el accidente	Donde ocurrió? <input type="checkbox"/> El Trabajo <input type="checkbox"/> Su Casa <input type="checkbox"/> Otro (Explique)	Como ocurrió?
Si una herida, ocurrió en el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es por enfermedad, la contractó en el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

D. Trabaja su Esposa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene usted o sus dependientes otra clase de seguro de salud de otro empleo, unión, estudiante, asociación, Plan de grupo o Programa Gubernamental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si trabaja: Nombre y dirección de la empresa: _____ _____	
Identifique dependientes asegurados por otro plan	Numero de póliza del otro plan
Nombre(s) y dirección(es) de otras compañías de seguro y/o organizaciones	

E. Autorizo cualquier médico, hospital, compañía de seguro u otra organización o persona en posesión de documentos, datos o información que conciernen a mi o mis dependientes menores, de entregar tales documentos, datos o información que este Fondo o un representante autorizado ve necesario. Comprendo con esta autorización yo renuncio libremente a mis derechos por tal información estar privilegiado. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y valida como el original. Tal información puede ser usado a tal grado que es necesario para determinar la validez o la suma pagada con respecto a este reclamación	
Firma del Miembro _____	Fecha _____
Firma del Paciente (Padre o madre si el paciente es menor de edad) _____	Fecha _____

F. CUMPLE solo si quiere que el pago se mandara directamente al proveedor de servicios	Autorización para Pagar Beneficios: Por este medio, yo autorizo que el proveedor de servicios sean pagados directamente por los gastos incluido como proveido bajo el Railroad Maintenance and Industrial Fondo de Salud y Bienestar. Comprendo que soy responsable para pagar las cuentas que no están cubiertas abajo esta autorización. Firma del Miembro _____ Fecha _____ (No es valido si está firmado por un dependiente o otra persona que no es el miembro asegurado.)
--	---

Railroad Maintenance and Industrial Fondo de Salud y Bienestar

Reclamación Médica

**2725 West Monroe Street
Springfield, IL 62704**

A. 1. Nombre del Miembro		2. Numero de Seguro Social	3. Fecha de Nacimiento	4. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5. Su Domicilio		Ciudad	Estado y Zona Postal	
6. Numero de Teléfono	7. Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		8. Dependientes, si tiene <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	9. Nombre de Empresa
10. Nombre de la Esposa		11. Numero de Seguro Social de su Esposa	12. Fecha de Nacimiento de su Esposa	

B. Esta Reclamación es para <input type="checkbox"/> El Miembro <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo Soltero <input type="checkbox"/> Hija Soltera <input type="checkbox"/> Otro (Explique)		
13. Si la Reclamación Es para Su Dependiente: Nombre del Paciente	14. Fecha de Nacimiento	15. Es la reclamación para un dependiente mayor de dieciocho años y el o ella asistió la escuela tiempo completo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesta si, adjunte escrito de la universidad a tal efecto.

C. Si la Reclamación es por enfermedad		Describa brevemente (por ejemplo: corazon, maternidad)	
Si la Reclamación es por un accidente	Fecha/hora en que ocurrió el accidente	Donde ocurrió? <input type="checkbox"/> El Trabajo <input type="checkbox"/> Su Casa <input type="checkbox"/> Otro (Explique)	Como ocurrió?
Si una herida, ocurrió en el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es por enfermedad, la contractó en el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

D. Trabaja su Esposa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tiene usted o sus dependientes otra clase de seguro de salud de otro empleo, unión, estudiante, asociación, Plan de grupo o Programa Gubernamental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si trabaja: Nombre y dirección de la empresa: _____ _____		
Identifique dependientes asegurados por otro plan	Numero de poliza del otro plan	
Nombre(s) y dirección(es) de otras compañías de seguro y/o organizaciones		

E. Autorizo cualquier médico, hospital, compañía de seguro u otra organización o persona en posesión de documentos, datos o información que conciernen a mi o mis dependientes menores, de entregar tales documentos, datos o información que este Fondo o un representante autorizado ve necesario. Comprendo con esta autorización y renuncio libremente a mis derechos por tal información estar privilegiado. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y valida como el original. Tal información puede ser usado a tal grado que es necesario para determinar la validez o la suma pagada con respecto a este reclamación	
Firma del Miembro _____	Fecha _____
Firma del Paciente (Padre o madre si el paciente es menor de edad) _____	Fecha _____

F.	Autorización para Pagar Beneficios: Por este medio, yo autorizo que el proveedor de servicios sean pagados directamente por los gastos incluido como proveido bajo el Railroad Maintenance and Industrial Fondo de Salud y Bienestar. Comprendo que soy responsable para pagar las cuentas que no están cubiertas abajo esta autorización.
CUMPLE solo si quiere que el pago se mandara directamente al proveedor de servicios	Firma del Miembro _____ Fecha _____ (No es valido si está firmado por un dependiente o otra persona que no es el miembro asegurado.)