

**Complete
este formulario
para que su
reclamación
pueda pagarse**

Su reclamación será denegada hasta que este formulario sea completado y devuelto.

Premera Blue Cross HMO requiere un Cuestionario de incidente cuando tiene una reclamación y el tratamiento o la afección tienen diagnósticos que podrían estar relacionados con un accidente o incidente. Esto ayudará a determinar si cualquier otro tercero (como el seguro de automóvil) pueden ayudar a pagar su atención.

Complete el Cuestionario de incidente adjunto para que sus beneficios puedan pagarse correctamente.

Próximos pasos:

1. Complete la sección de información general en el formulario para darnos más detalles sobre su lesión o afección.
2. Después, complete cualquier otra sección obligatoria en función de sus respuestas.
3. Firme y feche el formulario en la Sección D.

Si no tenemos noticias suyas:

Usted será responsable de algunos o todos los costos de su atención.

Envíe el formulario completado través de:

Envíenos un correo electrónico a través de su Bandeja de entrada segura:

Inicie sesión en su cuenta en premera.com y seleccione **Secure Inbox (Bandeja de entrada segura)**. Escanee y envíenos este formulario completado y cualquier documento requerido como un archivo adjunto de correo electrónico seguro.

– O bien –

Fax: 425-918-5878

– O bien –

Correo postal:

Premera Blue Cross HMO
PO Box 327, MS 227
Seattle, WA 98111-0327

Se tomará una decisión a más tardar 30 días después de que se haya recibido el Cuestionario de incidente. Es posible que nos pongamos en contacto con usted si el formulario no está suficientemente cumplimentado.

Le agradecemos su atención,
Departamento de Reclamaciones
Premera Blue Cross HMO

¿Preguntas?

Llame al número de Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro de Premera Blue Cross HMO.

Nombre del suscriptor / Subscriber first name

Inicial del 2.º nombre / MI

Apellido / Last name

Dirección / Address

Ciudad / City

Estado / State

Código postal / ZIP

Nombre del paciente / Patient name

Apellido / Last name

N.º de identificación del miembro / Member ID

Fecha de nacimiento / Date of birth

Nombre del proveedor / Provider name

Número de reclamación (si se conoce) /
Claim number (if known)

Fecha del servicio / Date of service

Información general (obligatorio)

Fecha en la que ocurrió el incidente/accidente: /
Date incident/accident occurred:

¿Estaba esta reclamación relacionada con un incidente? / Was
this claim related to an incident?

- Sí / Yes No Si la respuesta es No, complete la
sección Información general y, a
continuación, vaya a la Sección D. / If
No, complete the General information
section, then skip to Section D.

Esta reclamación se relaciona con lo siguiente: /
This claim is related to:

- Incidente laboral o enfermedad / Work incident or illness.
Complete la Sección A. / Complete Section A.
- Incidente en vehículo motorizado, que incluye el interior o
los alrededores del vehículo (p. ej., embarcación, cuatriciclo,
automóvil) / Motorized vehicle incident, including in, on or
around a vehicle (e.g. Watercraft, ATV, Automobile)
Complete la Sección B. / Complete Section B.
- Otro / Other
Complete la Sección C. / Complete Section C.

Describa lo que ocurrió y el lugar del suceso (incluido el estado
dónde ocurrió). / Describe what happened and where it took place
(including the state it happened in). Si se queda sin espacio a
continuación, adjunte un documento por separado con su descripción
completa por escrito cuando envíe este formulario. / If you run out of
room below, please attach a separate document with your full written
description when you submit this form.

Describa todas las partes del cuerpo lesionadas y la naturaleza de
las lesiones (p. ej., fractura de muñeca derecha) tanto para usted
como para cualquier familiar involucrado. / Describe all body parts
injured and the nature of the injuries (e.g. broken right wrist) for
yourself and any family members involved.

Nombre del abogado del paciente (si
corresponde) / Patient's attorney name (if
applicable) Número de teléfono /
Phone number

Dirección (si corresponde) / Address (if applicable)

Ciudad / City

Estado / State

Código postal / ZIP

Sección A: complete si marcó la opción "Incidente o enfermedad laboral"
 ¿Completó esta sección? Pase a la Sección D.

- Sí / Yes No ¿Es trabajador autónomo? / Are you self-employed?
- Sí / Yes No ¿Es dueño o propietario único? / Are you an owner or sole proprietor?
- Sí / Yes No ¿Tiene cobertura de Compensación para Trabajadores? / Do you have Workers' Compensation coverage?
- Sí / Yes No En caso afirmativo, ¿presentó una reclamación? / If yes, did you file a claim?

 Compañía aseguradora de Compensación para Trabajadores / Workers' compensation carrier

 Nombre del procesador / Adjuster's name Número de teléfono / Phone number

 Dirección / Address

 Ciudad / City Estado / State

 Código postal / ZIP

 Número de la reclamación de compensación para trabajadores / Workers' compensation claim number

¿Cuál es el estado de la reclamación? / What is the claim status?

- En revisión / In review Responsabilidad denegada* / Denied liability*
- Responsabilidad aceptada / Accepted liability Rechazo de la apelación* / Appeal denial*

Si se ha presentado y denegado una reclamación, incluya una copia de la carta de denegación.

Sección B: complete si marcó la opción "Incidente en vehículo motorizado"
 ¿Completó esta sección? Pase a la Sección D.

 El paciente era: / Was the patient a:

 Pasajero / Passenger Ciclista / Bicyclist

 Peatón / Pedestrian Conductor / Driver

Complete lo siguiente: / Please complete the following:

 Nombre de la compañía aseguradora de automóviles del paciente (indique si no está asegurado) / Patient auto insurance carrier's name (indicate if uninsured)

- Sí / Yes No ¿Incluye esta cobertura Protección por Lesiones Personales (Personal Injury Protection, PIP) u otras cláusulas de Pago Médico (MedPay)? / Does coverage include Personal Injury Protection (PIP) or other Medical Payment (MedPay) provisions?

Busque "Protección por Lesiones Personales (PIP)" o "Pagos Médicos (MedPay)" en la página de declaraciones de su póliza.

 Nombre del procesador / Adjuster's name Número telefónico del procesador / Adjuster's phone number

 Número de póliza / Policy number Número de reclamación / Claim number

Si el paciente no era el conductor ni tampoco el propietario del vehículo, complete lo siguiente: / If the Patient was not the driver and did not own the vehicle, complete the following:

- Sí / Yes No ¿Incluye la cobertura del dueño Protección por Lesiones Personales (PIP) u otras cláusulas de Pago Médico (MedPay)? / Does the owner's coverage include Personal Injury Protection (PIP) or other Medical Payment (MedPay) provisions?

 Nombre del dueño (indique si no está asegurado) / Owner's name (indicate if uninsured)

 Nombre de la compañía aseguradora de automóviles del dueño (indique si no está asegurado) / Owner's auto insurance carrier's name (indicate if uninsured)

 Nombre del procesador / Adjuster's name Número telefónico del procesador / Adjuster's phone number

 Número de póliza / Policy number Número de reclamación / Claim number

Si hubo otro vehículo involucrado, complete lo siguiente: / If another vehicle was involved, complete the following:

Sí / Yes No ¿Presentó una reclamación de seguro ante el otro conductor o prevé hacerlo? / Have you filed an insurance claim with the other driver or do you anticipate doing so?

Nombre del otro conductor / Other driver's name

Nombre de la compañía aseguradora de automóviles del otro conductor (si no corresponde, indíquelo) / Other driver's auto insurance carrier's name (If not applicable, indicate)

Nombre del procesador / Adjuster's name

Número telefónico del procesador / Adjuster's phone number

Número de póliza / Policy number

Número de reclamación / Claim number

Más información / Additional information

Sí / Yes No ¿Ha recibido el paciente una liquidación por lesiones corporales? / Has patient received a bodily injury settlement?

¿Con quién hizo la liquidación el paciente? / With whom did the patient settle?

Compañía de seguros del paciente / Patient's insurance company

Compañía de seguros de la otra parte / Another party's insurance company

Póliza de paciente no asegurado/subasegurado / Patient's uninsured/under-insured policy

Fecha de la liquidación: / Settlement date:

Sección C: complete si tildó la opción "Otro"

¿Completó esta sección? Pase a la Sección D.

Sí / Yes No ¿El incidente ocurrió en su propiedad? / Did the incident occur on property you own?
En caso afirmativo, pase a la Sección D. / If Yes, skip to Section D.
Si no es así, complete la sección restante. / If No, complete the remaining section.

Nombre de la parte culpable (solo es obligatorio si decidió presentar una reclamación) / At-fault party's name (only required if you choose to file a claim)

Número de póliza / Policy number

Número de reclamación / Claim number

Sí / Yes No ¿Presentó una reclamación de seguro ante la parte culpable o prevé hacerlo? / Have you filed an insurance claim with the at-fault party or do you anticipate doing so?
En caso afirmativo, complete la sección restante. / If Yes, complete the remaining section.

Nombre de la compañía aseguradora de la parte culpable / At-fault party's insurance carrier name

Número de teléfono / Phone number

Dirección de la compañía aseguradora / Insurance carrier address

Ciudad / City

Estado / State

Código postal / ZIP

Sección D: lea y firme

Su contrato con Primera Blue Cross HMO (el Plan) incluye una cláusula de subrogación. "Subrogación" significa que si el Plan le proporciona algún beneficio a usted por lesiones causadas por terceros que pueden ser responsables de esas lesiones, es posible que el Plan tenga derecho a recuperar esos costos de cualquier liquidación que usted reciba de la parte culpable. El contrato de su Plan también excluye cobertura de beneficios que serían pagaderos en virtud de cualquier protección por lesiones personales, MedPay, cobertura de conductores no asegurados o subasegurados o Compensación para Trabajadores que usted pueda tener. Por lo tanto, el Plan también tendrá derecho a recibir un reembolso por cualquier beneficio médico de la liquidación de cualquier protección por lesiones personales, MedPay, cobertura de conductores no asegurados o subasegurados o Compensación para Trabajadores aplicables a este incidente. Póngase en contacto con nosotros antes de entablar un acuerdo.

Acepto que cualquier compañía aseguradora de bienes/accidentes, automóviles o compensación para trabajadores o cualquier agencia gubernamental puede divulgar cualquier parte de mi información médica personal relacionada con este incidente a Calypso Healthcare Solutions, una compañía independiente responsable de proporcionar servicios de subrogación a Primera Blue Cross HMO. Esta autorización tendrá validez durante el proceso de subrogación.

Firma del paciente o suscriptor / Patient or subscriber signature

Nombre en letra imprenta / Printed name

Número telefónico durante el día / Daytime phone number

Fecha de la firma / Date signed

X